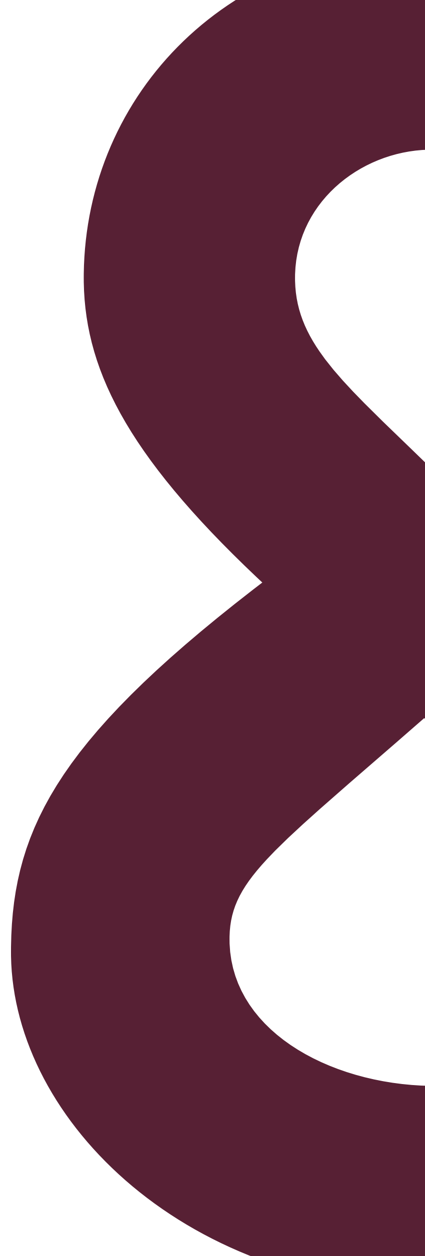
Raad Volksgezondheid & Samenleving



Met de stroom mee

Naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning



Raad
Volksgezondheid
& Samenleving

Met de stroom mee

Naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning

Voorwoord

Wie durft er nog te zeggen dat het Nederlandse stelsel tot de beste in de wereld behoort? Lang was dat een bijna vanzelfsprekende frase in beleidsteksten. Maar al langer zien we rafels en gebreken in de organisatie van zorg en ondersteuning. En die zijn de afgelopen tijd groter geworden. Personeelstekorten en financiële grenzen spelen daarbij zeker een rol, maar er is meer aan de hand. Prikkels staan verkeerd, wetten sluiten lang niet altijd op elkaar aan en werken vanuit verschillende, soms conflicterende mensbeelden. Mede hierdoor staat de toegankelijkheid van zorg ernstig onder druk – vooral voor de meest kwetsbaren. Zo liet Marian Kaljouw bij haar afscheid van de NZa optekenen dat twee miljoen Nederlanders niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Tegelijkertijd is er discussie over de mate waarin zorg en ondersteuning – zoals ze nu worden geleverd – wel doelmatig of passend zijn.

Steeds meer wordt onderkend dat de organisatie van zorg en ondersteuning aan verandering toe is. Niet alleen omdat het nu al piept en kraakt, maar ook omdat er nieuwe uitdagingen op ons af blijven komen, zoals een groeiend aantal mensen dat onder verschillende wetten valt en met grote fragmentatie wordt geconfronteerd. Maar ondanks groeiende erkenning van tekortkomingen blijft het lastig om het te hebben over 'het stelsel'. Enerzijds omdat het niet altijd duidelijk is wat partijen bedoelen met 'het stelsel' of 'stelselwijziging'. Zo is de zin "Onze zorg is van hoog niveau en het stelsel staat niet ter discussie, maar verbeteringen in het stelsel zijn nodig" uit het coalitieakkoord illustratief voor de ambiguïteit die het debat over de toekomst van het zorgstelsel kenmerkt. Anderzijds omdat verandering per definitie gepaard gaat met ongemak en het raakt aan gevestigde belangen van actoren in de zorg. Wij willen ons daar echter niet door laten belemmeren. De angst voor praten over het stelsel werkt verlammend, een meer open houding zou wel eens bevrijdend kunnen werken. Daarbij kunnen we zowel de sterke kanten van het bestaande stelsel erkennen, zoals een collectieve basisverzekering voor iedereen, als oog hebben voor tekortkomingen.

U bent dus gewaarschuwd: in dit advies bepleiten we als RVS fundamentele veranderingen. Maar wellicht ook ter geruststelling: we zijn ons er zeer van bewust dat werken aan grote alles omvattende transities verkeerde energie kunnen opslurpen. We komen dan ook zeer zeker niet met een tekentafeladvies waarin we een geheel nieuw stelsel ontwerpen. Onze aanbevelingen zijn erop gericht vooral de huidige fragmentatie te doorbreken en tot meer samenhang te komen, toegankelijkheid en solidariteit ook voor de toekomst te borgen en toe te werken naar een stelsel dat kan meebewegen met nieuwe uitdagingen.

We leren van de vele mooie initiatieven waar pioniers proberen zorg en ondersteuning echt anders te organiseren. Met een focus op gezondheid in plaats van ziekte, gericht op samenhang in plaats fragmentatie, met aandacht voor de mens die niet bestaat uit vakjes, specialismen en protocollen. Soms leidt dat tot succes, maar vaak ook niet, omdat het systeem niet meewerkt. Als we willen dat zorg en ondersteuning beter georganiseerd worden, zou het stelsel niet moeten tegenwerken, maar juist moeten meewerken. Het zou goede initiatieven de stroom mee moeten geven, in plaats van dat ze tegen de stroom in moeten zwemmen en op z'n best met veel moeite langzaam vooruitkomen.

Dit advies gaat dus over een stelsel waarin het aanbod van zorg en ondersteuning samenhangend en toegankelijk georganiseerd is. Groot onderhoud aan het stelsel is noodzakelijk om dat te bereiken. Maar uiteindelijk blijft transitie mensenwerk. Een beter georganiseerd stelsel van zorg en ondersteuning is niet alleen een politieke verantwoordelijkheid, maar vraagt moed, lef en leiderschap van alle betrokkenen op alle niveaus. We hopen dat dit advies daartoe inspireert.

Jet Bussemaker
Voorzitter RVS

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving:
Inspireert en adviseert over hoe we morgen kunnen leven & zorgen.

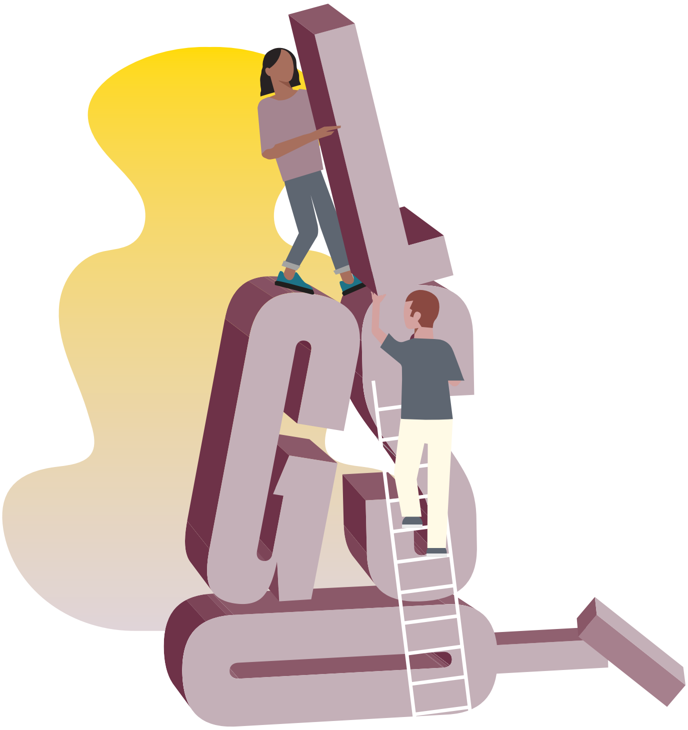
Samenstelling Raad

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving
Bezuidenhoutseweg 30
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060
mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadRVS

Publicatienummer: 23-04
ISBN: 978-90-5732-330-0

U kunt deze publicatie ook downloaden via onze website ↳ **www.raadrvs.nl**

Inhoudsopgave



1 Inleiding

De organisatie van zorg en ondersteuning leidt er steeds vaker toe dat mensen ziek(er) worden. Veel mensen raken de weg kwijt in de zorg- en ondersteuningssector en daardoor krijgen ze gewoonweg niet de hulp die ze nodig hebben. Recent tekende NRC-journalist Jeroen Wester het verhaal op over de zoektocht naar passende hulp voor zijn alleenstaande ouder wordende oom Cees.[1] Het verhaal laat pijnlijk zien hoe de lange en ingewikkelde zoektocht naar passende zorg en ondersteuning – langs vele loketten en met enorme bureaucratie – ertoe leidt dat mensen aftakelen en uiteindelijk alleen maar meer zorg nodig hebben.

De grens is bereikt, de rek is eruit, het kan zo niet langer. Deze boodschap komt niet alleen van burgers die goede zorg missen, maar ook vanuit de zorgsector zelf. Zo gaf de bestuursvoorzitter van CZ eind 2022 aan dat hij niet kon garanderen dat zorg altijd voor iedereen toegankelijk zou zijn in 2023.[2] En de bestuursvoorzitter van Menzis pleitte zeer recent openlijk voor het terugdringen van marktwerking in het huidige stelsel.[3] Deze uitspraken – ruim 15 jaar na de introductie van de Zorgverzekeringswet – zijn opvallend, aangezien de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 werd gezien als een ideale manier om toegankelijkheid van zorg te waarborgen. Ten tijde van toenemende welvaart, mondiger wordende burgers en een almaar groeiende vraag naar zorg en ondersteuning moest concurrentie tussen private zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders leiden tot een optimum van vraag en aanbod.[4]

Hoe anders is de situatie vandaag de dag. Waar concurrentie op kwaliteit en kosten een zekere mate van overcapaciteit veronderstelt waarbij keuzes mogelijk zijn, is dit – vooral door een tekort aan voldoende zorgprofessionals – de laatste jaren nauwelijks of niet meer het geval. Maar ook zonder personele problemen is er reden tot zorg over het stelsel. De urgentie om de organisatie van zorg en ondersteuning fundamenteel te veranderen wordt steeds breder gevoeld, niet alleen met betrekking tot de zorg in de Zvw. Actoren zoals de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het Zorginstituut Nederland (ZiNL) en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) hebben in de afgelopen jaren de noodklok geluid over het zorgstelsel.[5] Belangrijke beleidsdocumenten, zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA), het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), en het Kader Passende Zorg, ademen de noodzaak van verandering. Ook vanuit het zorgveld zelf klinken veelvuldig geluiden dat de beschikbaarheid van goede zorg en ondersteuning – zoals we die lange tijd gewend zijn geweest – niet houdbaar is als we op de huidige voet verdergaan.

Kortom, het besef dat veranderingen in de organisatie van de zorg nodig zijn, groeit. Bovendien lijkt de richting van die verandering – meer (domeinoverstijgende) samenwerking en minder concurrentie – in grote lijnen helder én breed gedeeld. Dat is zichtbaar in de rapporten en adviezen van anderen, maar ook in de reacties op de eerdere deeladviezen die de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) over stelsel-gerelateerde vraagstukken heeft uitgebracht, zoals *Opnieuw akkoord?*, *Grenzeloos samenwerken?* en *De basis op orde*. Wat dit vraagt van het zorgstelsel als geheel is een vraag die tot nu toe nog niet expliciet is geadresseerd.

In dit advies beantwoorden wij, de RVS, daarom de vraag welke aanpassingen in het zorgstelsel nodig zijn om het stelsel duurzaam en adaptief te maken. De Raad bouwt daarmee voort op verschillende eerder gepubliceerde adviezen over delen van het zorgstelsel, zoals adviezen over de acute zorg, de eerstelijnszorg en de publieke gezondheid.[6] We doen dat als onderdeel van het thema ‘Schurende stelsels’ op onze werkagenda. Waar de eerdere adviezen steeds betrekking hadden op samenstellende delen van het zorgstelsel, kijken we in dit advies expliciet naar het geheel. We gebruiken de inzichten uit eerdere RVS-adviezen om in dit advies te komen tot een overkoepelend perspectief op de toekomst van het zorgstelsel.

Met dit advies wil de RVS richting bieden voor wat er moet veranderen in het zorgstelsel om goede zorg voor iedereen toegankelijk te houden in de toekomst, zonder daarbij voorbij te gaan aan de complexiteit van verandering zelf. Dit doen we vanuit de gedachte dat een ingrijpende, maar doordachte aanpassing van het stelsel noodzakelijk is om de publieke waarden van zorg en ondersteuning ook in de toekomst te borgen. De urgentie is hoog, de uitdagingen zijn groot en de zorg is te belangrijk om tegen de stroom van die maatschappelijke realiteit in ‘politiek met rust te worden gelaten’.

2 Over de (on)vermijdelijkheid van stelselverandering

We constateren een brede overeenstemming over de noodzaak om aan het stelsel te werken. Tegelijkertijd gaat achter die gedeelde noodzaak tot verandering de nodige ambiguïteit schuil over wat het zorgstelsel dan precies is en zou moeten doen. Het regeerakkoord meldt enigszins cryptisch dat het zorgstelsel niet ter discussie staat, maar dat er tegelijkertijd wel verbeteringen in het stelsel nodig zijn. Het Kader Passende Zorg en het Integraal Zorgakkoord (IZA) beschrijven, in lijn met het regeerakkoord, het zorgstelsel dan weer nadrukkelijk niet als probleem, maar als "kracht". De vernieuwing moet volgens het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) dus vanuit de sector zelf komen en heeft in veel mindere – of impliciete – mate betrekking op het stelsel zelf. Tegelijkertijd zien we dat de ministers van VWS en Financiën in de zomer van 2022 aan een technische werkgroep de opdracht hebben gegeven om verschillende uitvoeringsvarianten van het zorgstelsel uit te werken, ten behoeve van de volgende kabinetsperiode (met als primaire vraag hoe de uitgaven beheerst kunnen worden).[7]

Er lijkt dus sprake van stelselmatige spraakverwarring over zowel het begrip 'zorgstelsel' als de mate waarin het zorgstelsel veranderd kan of moet worden. In de eerste plaats zeggen veel partijen dat het zorgstelsel moet veranderen, maar daarbij is het onduidelijk wat zij bedoelen met 'het zorgstelsel' en wat er dan vervolgens zou moeten veranderen. Daarnaast wordt er heel verschillend gedacht over de benodigde verandering: van tweaken tot radicaal wijzigen. Allerlei tegenstrijdige uitspraken worden in die spraakverwarring gecombineerd: het zorgstelsel "staat onder druk", maar het staat tegelijkertijd "niet ter discussie". Het zorgstelsel "moet beter", maar het is vooral "de kracht van het stelsel dat nog niet voldoende wordt benut", hoewel "het stelsel zelf in de volgende kabinetsperiode tóch wellicht meer ingrijpend moet worden gewijzigd". "Stelselverandering staat snelle verbetering in de weg", én "om tot concrete verbeteringen te komen staat ook het stelsel ter discussie".

Gezien deze combinatie van spraakverwarringen beschrijven we hierna daarom – ten geleide – hoe wij als RVS kijken naar de begrippen 'zorgstelsel' en 'stelselverandering' en waarom wij het stelsel wél ter discussie stellen.

2.1 RVS-perspectief op het zorgstelsel

Voor de RVS is het beginpunt van elke redenering over het zorgstelsel het in de Nederlandse Grondwet verankerde recht op gezondheidszorg (artikel 22 lid 1 Gw). Dat recht omvat 2 dimensies: het garanderen van condities voor goede gezondheid, waartoe preventie behoort, en het waarborgen van de toegang tot (curatieve) zorg en ondersteuning. Hoewel deze dimensies complementair zijn aan elkaar, zijn ze in Nederland heel verschillend gereguleerd. Het garanderen van condities voor goede gezondheid is geënt op een collectieve benadering. Zo beschrijft de Wet publieke gezondheid (Wpg) "de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende

maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten". In tegenstelling tot deze collectieve benadering om condities voor een goede gezondheid te garanderen, is het waarborgen van de toegang tot zorg en ondersteuning vanuit een individuele insteek georganiseerd.

Stelselwetten in relatie tot gezondheid en zorg en ondersteuning

Burgers kunnen op basis van verschillende wetten aanspraak maken op zorg en ondersteuning. Daarbij gaat het om de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Jeugdwet (Jw). In deze zorgwetten staat omschreven op welke vorm van zorg of ondersteuning burgers aanspraak kunnen maken, de aard van deze aanspraak, onder welke voorwaarden burgers toegang krijgen tot deze vormen van zorg en ondersteuning, en welke (financiële) bijdragen daarin van burgers zelf gevraagd worden (zie tabel 1). Deze stelselwetten worden omgeven door een aantal andere wetten waarin onder andere is uitgewerkt hoe de zorg wordt geordend (Wet marktordening gezondheidszorg), welke voorwaarden gelden voor aanbieders (Wet toetreding zorgaanbieders) of wat goede zorg inhoudt (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg). De scope van dit advies is dus breder dan alleen de Zvw en gaat juist ook over de samenhang tussen de verschillende wetten die de organisatie van zorg en ondersteuning regelen. Overigens benoemen we de Jeugdwet hier en in tabel 1 omdat het een van de belangrijke zorgwetten is, maar gaan we daar in de uitwerking beperkt op in, met name vanwege het lopende traject van de Hervormingsagenda Jeugd.

In dit advies bekijken we het zorgstelsel vanuit een breed perspectief op gezondheid.[8] Het gaat dus niet alleen over lichamelijke kanten van gezondheid, ziekte en behandeling, maar ook om kwaliteit van leven en eigen regie. Dat betekent dat niet alleen 'zorg', maar ook 'ondersteuning' een belangrijk deel uitmaakt van het Nederlandse zorgstelsel.

Gezondheid is breder dan het zorgstelsel

De gekozen focus op de 'zorgwetten' neemt geenszins weg dat de RVS oog heeft voor het garanderen van condities voor gezondheid. Eerder heeft de Raad al gewezen op de invloed die leefomstandigheden zoals wonen, werk, onderwijs en inkomen hebben op leefstijl en gedrag en daarmee op de volksgezondheid. Het bevorderen en beschermen van gezondheid hangt samen met taken die liggen op de terreinen van andere ministeries, zoals onderwijs, werkgelegenheid en armoedebestrijding. De Raad constateert dat de regie op volksgezondheid en de wisselwerking met andere domeinen momenteel tekortschiet om een brede benadering van gezondheid te bewerkstelligen. Daarom bepleit de Raad in zijn advies *Op onze gezondheid! De noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg*, dat op 18 april 2023 is verschenen, onder andere voor het wettelijk vastleggen van gezondheidsdoelen en het benoemen van een regeringscommissaris gericht op het bieden van een stevig fundament van publieke gezondheidszorg.

Normatieve aspecten (mensbeelden)

Een stelsel is in onze visie ook méér dan alleen de wetten die de verhoudingen en aanspraken in een domein regelen. In ons perspectief op het zorgstelsel kijken we – naast de formele wetten die zorg en ondersteuning regelen – juist ook naar de normatieve aannames en ideeën die onderliggend zijn aan de verschillende zorgwetten (zie tabel 1). In het essay *Machtige mensbeelden* (2021) beschreven we bijvoorbeeld al eens welke aannames van politiek en beleid doorklinken in de zorgwetten, zowel over het leven en het gedrag van burgers (mensbeelden) als over het gedrag van zorgprofessionals, inkopers, en aanbieders van zorg. Die aannames zijn niet voor iedere zorgwet hetzelfde (zie het tekstkader hierna).

Mensbeelden zijn cruciaal voor de manier waarop het stelsel werkt. Ze vormen de onderliggende aannames voor hoe wetten zijn ingericht en hoe vanuit die wetten bepaalde gedragingen wel of niet in de hand worden gewerkt. Niet alleen is het de vraag of die mensbeelden op zichzelf wel juist zijn, maar ook hoe de uiteenlopende mensbeelden in de verschillende delen van het stelsel zich tot elkaar verhouden. Dat roept de bredere vraag op of het geheel nog wel klopt en of het begrijpelijk en wenselijk is. Het is in verschillende delen van het stelsel niet alleen 'anders geregeld'; het onderliggende idee van wat mensen doen, hoe ze zijn, hoe ze denken, wat ze belangrijk vinden, wat ze wensen of vrezen en hoe ze bejegend zouden moeten worden, sluit niet aan.

Mensbeelden en aannames in de Zvw, Wlz, Wmo en Jeugdwet

De Zorgverzekeringswet (Zvw) is gestoeld op het mensbeeld van de rationele, kiezende burger die op de zorgverzekeringsmarkt en de zorgverleningsmarkt in staat is een afweging te maken tussen de prijs en kwaliteit van verzekeringspolissen en de kwaliteit van aanbieders. In de bredere beleidstheorie van de Zvw is gereguleerde concurrentie een belangrijk principe dat daarop aansluit: aanbieders en verzekeraars concurreren met elkaar op basis van kwaliteit en prijs, en worden geacht strategisch en innovatief te handelen, om op die manier burgers als 'zorgconsumenten' te verleiden van hun diensten gebruik te maken. Dat ligt anders bij ondersteuning, waar de gemeenten verantwoordelijk voor zijn. Het daar vigerende mensbeeld is vooral gebaseerd op compassie. De Wmo is ontworpen als vangnet voor diegenen die "niet op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg of met hulp van andere personen uit zijn sociale netwerk voldoende zelfredzaam is of in staat is tot participatie". De Jeugdwet is opgesteld ter ondersteuning, maar ook voor "het bevorderen van de deelname aan maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren". Op het moment dat het sociale netwerk van burgers onvoldoende toereikend is om zelfredzaamheid of zelfstandig functioneren te bereiken, worden gemeenten dus geacht op maat hulp te bieden (beleidsvrijheid gemeenten).

Institutionele aspecten en uitwerking in de praktijk

Naast de juridische aspecten (wetten) en normatieve aspecten (mensbeelden) van het zorgstelsel hebben we in dit advies ook oog voor de manier waarop partijen in de praktijk invulling geven aan de verschillende wettelijke taken en rollen. We kijken dus niet alleen naar hoe verschillende verantwoordelijkheden in het stelsel zijn verdeeld (zie tabel 1), maar vooral ook naar hoe partijen uitvoering geven aan die rol. In de praktijk is een geheel eigen dynamiek ontstaan waarbinnen belangen en logica's kunnen botsen: zowel binnen het zorgveld – bijvoorbeeld tussen inkopers en aanbieders van zorg – als tussen de rijksoverheid en het zorgveld (uitvoerders, inkopers en professionals). In het essay *Complexe problemen, eenvoudige toegang* (2019) beschreven we op meer abstract niveau hoe de logica's van institutionele partijen kunnen botsen bij het organiseren van de toegang tot zorg. En in het advies *Opnieuw akkoord* (2021) gingen we in op een meer concrete botsing van logica's, namelijk in de vorm van hoofdlijnenakkoorden. Deze akkoorden symboliseren de botsing tussen de logica van beheersing van zorgkosten (vanuit de rijksoverheid) en het bieden van kwalitatieve, hoogwaardige zorg aan iedereen die dit nodig heeft (vanuit het zorgveld). Dat zijn volgens ons botsingen die een direct gevolg zijn van de manier waarop het stelsel tot rolinvulling en taakopvatting aanzet. Zo zorgt het stelsel bij betrokken partijen voor gedragingen die vanuit de inrichting van het stelsel 'logisch' zijn, maar die niet altijd nuttig zijn of bijdragen aan de waarden die rondom zorg en ondersteuning van belang zijn. Het gedrag van partijen in het stelsel is dus niet los te zien van de kaders en structuren die het stelsel individuele partijen biedt.

Het zorgstelsel: een assemblage van juridische, normatieve en institutionele aspecten

De *normatieve, juridische en institutionele* aspecten van het zorgstelsel maken dat de RVS 'het zorgstelsel' ziet als een dynamische en dus voortdurend veranderende assemblage van wetten, mensbeelden, aannames, instituties en gedragingen in de praktijk. Het zorgstelsel is als zodanig een dynamisch geheel dat zelf constant aan verandering onderhevig is én dat moet functioneren onder veranderende condities. Die veranderingen komen voort uit maatschappelijke ontwikkelingen (bijvoorbeeld de covidcrisis of technologische ontwikkelingen), uit dynamiek binnen het stelsel (de manier waarop partijen in de zorg invulling geven aan hun rol) en uit veranderende politieke en maatschappelijke opvattingen over waar het zorgstelsel toe moet leiden, wat de kosten mogen zijn en wat eerlijke of rechtvaardig bevonden verdelingen zijn.

Voor dit advies betekent deze definitie van het begrip zorgstelsel dat we expliciet oog hebben voor de wisselwerking tussen de stelselwetten, de normatieve aannames en verwachtingen achter deze wetten en de manier waarop de institutionele partijen invulling geven aan hun rollen en posities. Het betekent ook dat een stelsel voor ons nooit 'vaststaat', maar voortdurend in beweging is, in interactie met de omgeving en met de verschillende onderdelen van het stelsel zelf. Waar lopende (beleids)initiatieven zoals het IZA, het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en het Kader Passende Zorg vooral lijken in te zetten op het veranderen van het gedrag van zorgaanbieders, professionals en zorginkopers (de institutionele aspecten van het zorgstelsel), kijken wij nadrukkelijk ook naar de onderliggende stelselmechanismen die prikkelen tot concurreren of tot afschuiven van verantwoordelijkheden.

2.2 RVS-perspectief op stelselverandering

Er bestaat niet alleen spraakverwarring over wat het zorgstelsel *is,* er is ook onduidelijkheid over *de mate waarin* het zorgstelsel moet *veranderen*. En, voegen we er hier naar aanleiding van de vorige paragraaf aan toe, over wat er precies wordt bedoeld met veranderen. Wanneer wordt gesproken over 'stelselwijziging', wordt vaak gedoeld op het ingrijpend wijzigen van een of meerdere stelselwetten en de daarmee samenhangende beleidstheorie. Dit soort ingrijpende stelselveranderingen komen historisch gezien zelden voor, en wanneer ze voorkomen, zijn ze sterk beïnvloed door de logica van padafhankelijkheid: eerdere institutionele arrangementen bepalen de richting van de verandering. Verandering ligt dus vaak in het verlengde van het voorgaande. Stelselwijzigingen zijn zodoende stolsels van politieke en maatschappelijke keuzes op het moment, vaak gedreven door de ontwikkelingen die in die periode urgent waren, en de middelen die in die periode veel toegepast werden en die met de kennis en omstandigheden van dat moment het juiste antwoord op de uitdagingen leken. Stelsels zijn in vele opzichten het product van hun tijd en tijdgeest. De nieuwe richting is vaak een reactie op wat eraan voorafging, op het stelsel dat er was en de problemen die dat opleverde. Soms als bewuste breuk met het verleden, soms juist als het behoedzaam voortbouwen op wat er is. Een stelsel is daarmee een tijdsbeeld dat enerzijds de reflectie is van de dynamiek van *dat* moment, maar anderzijds ook een uitdrukking van een langduriger historisch proces. Die wisselwerking tussen periodieke bijstellingen en lange historische lijnen en voorkeuren kenmerkt de ontwikkeling van het zorgstelsel. Stelselverandering is dus altijd een volgende stap in de lange lijn van de geschiedenis, en in de wetenschap dat over enige tijd deze wijziging weer verouderd is en 'deel van het probleem' zal zijn.

Incrementele ontwikkeling van het Nederlandse zorgstelsel
Historisch gezien is het particulier initiatief (verzekeraars, zorginstellingen, zorgprofessionals) in Nederland altijd aan zet geweest als het gaat om *hoe* we zorg en ondersteuning organiseren en leveren. De overheid heeft zich vooral gericht op het waarborgen van de solidariteit van het zorgstelsel via collectieve verzekeringen. Het zorgstelsel wordt daarom historisch gezien gekenmerkt door een combinatie van publieke financiering van zorg, uitgevoerd door private verzekeraars of door gemeenten, waarbinnen private aanbieders zorg leveren. De rol van de Nederlandse overheid is in de loop der tijd wel enigszins verbreed. Tegen de achtergrond van een economische crisis (als eerste in de jaren 70) en stijgende kosten van de verzorgingsstaat stelde de overheid via beleidsmaatregelen financiële grenzen aan de uitvoering van zorg en ondersteuning. Aanname daarbij is dat het zorgstelsel onderdeel is van publieke overheidsuitgaven die om politieke redenen begrensd zijn. In eerste instantie deed zij dit binnen de bestaande Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Ziekenfondswet (Zfw). In de context van een historisch sterk gegroeid en georganiseerd zorgveld stuitte deze beleidslijn echter regelmatig op weerstand en waren aanbieders en professionals succesvol in het mobiliseren van maatschappelijke tegenkracht.

Vanaf het begin van de jaren 90 ontstonden plannen om het over een andere boeg te gooien, uitgaande van een andere verhouding tussen overheid en sector. De kern van die plannen was het introduceren van elementen van concurrentie in de zorg, het meest uitgebreid in de Zvw. Deze oplossing voldeed – in theorie – beter aan de behoefte aan kostenbeheersing bij de overheid gecombineerd met de traditionele ruimte die het zorgveld eiste in de uitvoering. Hoewel deze plannen in 1987 al beschreven werden door de commissie-Dekker, werd voor de curatieve zorg de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) pas in 2006 ingevoerd. Het (politieke) momentum voor verandering ontstond toen de wachtlijsten in de zorg sterk toenamen en zorguitgaven ook sterk stegen om deze wachtlijsten te kunnen oplossen.
Deze invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 – die wordt gezien als een majeure stelselverandering – werd voorafgegaan door twee decennia van relatief kleine beleidswijzigingen die gericht waren op het creëren van marktcondities. Hierbij valt te denken aan de introductie van de bekostiging op basis van diagnose-behandelcombinaties (dbc's) voor ziekenhuiszorg en de introductie van het selectief kunnen inkopen van zorg door ziekenfondsen. Het huidige Nederlandse zorgstelsel is dan ook gevormd door een serie van min of meer 'incrementele' stelselaanpassingen.

Het vaak gehanteerde onderscheid tussen 'fundamentele' en 'incrementele' verandering is wat bedrieglijk. De suggestie dat incrementeel weinig betekenisvol of onderscheidend is, is onjuist. Individuele, maar vooral ook series van incrementele veranderingen kunnen het zorgstelsel in de praktijk ingrijpend wijzigen. Dat zien we bijvoorbeeld terug in de recente geschiedenis van de invoering van de Zvw, die veelal gezien wordt als fundamentele verandering. Zowel voorafgaand aan als na de invoering van de Zvw in 2006 zijn er nog verschillende incrementele veranderingen geweest. Zo waren er voor 2006 meer incrementele stelselveranderingen, gericht op het creëren van voorwaarden voor gereguleerde concurrentie, en nam de overheid na de economische crisis van 2008 haar rol als 'beheerser' van de zorguitgaven weer steviger in. Die rolverschuiving werd mede veroorzaakt doordat de Zvw nog niet optimaal bleek te werken; de private zorgverzekeraars waren onvoldoende in staat om zorgkosten te beheersen via selectieve zorginkoop. Daarom initieerde de overheid vanaf 2011 hoofdlijnakkoorden die als 'steuntje in de rug' voor zorgverzekeraars moesten dienen.

Waar de overheid binnen de curatieve zorg trachtte de kosten te beheersen via bestuurlijke akkoorden, werd in de langdurige zorg stapsgewijs gekozen voor het decentraliseren van zorgtaken, in combinatie met een forse bezuinigingsopgave. In respectievelijk 2007 en 2015 werden delen van de AWBZ – zoals huishoudelijke zorg, dagbesteding en begeleiding – overgeheveld naar de gemeenten. De filosofie achter deze overheveling van taken was dat burgers in de eerste plaats worden aangesproken op hun eigen vermogens en hun sociale verbanden. Gemeenten bieden zorg en ondersteuning aan burgers, aanvullend op wat zij zelf kunnen, en hebben daarbij een grote mate van beleidsvrijheid.[9] Ook in de langdurige zorg lopen incrementele en fundamentele veranderingen in elkaar over.

Drie condities voor stelselverandering

Hoewel het Nederlandse zorgstelsel door de tijd heen fundamenteel van gedaante is veranderd, is dat dus bewerkstelligd via een serie van min of meer incrementele wijzigingen. Daarbij is opvallend dat er verschillende condities lijken te zijn die een proces van (incrementele) stelselverandering in gang zetten of dat in ieder geval in het recente verleden hebben gedaan:

1. De werking van het zorgstelsel sluit niet (meer) aan bij de publieke doelen ervan. Hierbij gaat het om de combinatie van het garanderen van een brede toegankelijkheid en hoge kwaliteit van zorg en ondersteuning voor burgers, en het maatschappelijk houdbaar opbrengen van de kosten hiervoor. De combinatie van deze doelen vormt de basis van de solidariteitsgedachte onder het stelsel. Zoals eerder beschreven zien we dat de toegang en de solidariteit van het zorgstelsel steeds meer onder druk is komen te staan.
2. Stelselveranderingen komen in versnelling zodra een alternatieve beleidsfilosofie beschikbaar is die – in theorie – een oplossing vormt voor de bestaande problemen. Grotere stelselaanpassingen worden altijd voorafgegaan door veranderende (normatieve) ideeën over hoe verschillende stelseldoelen in overeenstemming met elkaar kunnen worden gebracht. Zo is het idee van de verzorgingsstaat, waarbij de brede garantie van zorg centraal stond, door de tijd heen vervangen door meer nadruk op eigen verantwoordelijkheid en eigen initiatief van burgers (vergelijk de participatiesamenleving). Momenteel zien we dat er een toenemend bewustzijn is van de maatschappelijke oorzaken achter zorgvragen en dat (domeinoverstijgende) samenwerking tussen inkopers en aanbieders in toenemende mate gezien wordt als een goed alternatief voor gereguleerde concurrentie. Het lijkt echter nog niet uitgekristalliseerd wat dit betekent voor het zorgstelsel.
3. Specifieke maatschappelijke gebeurtenissen – zoals economische crises, een pandemie of substantiële stijgingen van zorguitgaven – maken dat de politieke en institutionele bereidheid tot verandering sterk groeit. Deze gebeurtenissen of condities functioneren dan (ineens) als *window of opportunity* voor grotere aanpassingen van het bestaande zorgstelsel. De coronacrisis kan gezien worden als een van deze gebeurtenissen die het denken en het sentiment in de zorgsector en de samenleving heeft veranderd.

De RVS constateert dat de condities voor verandering van het zorgstelsel in toenemende mate aanwezig zijn. Net zoals in het verleden stelselveranderingen het stelsel weer beter in balans hebben gebracht met de omstandigheden en problematiek van die tijd, is er ook nu weer een behoefte aan een verandering van het stelsel. Zo zorgde het samenvoegen van de zorgverzekeringen voor verschillende inkomensgroepen in één Zvw voor een meer solidair zorgstelsel in 2006. Echter, omstandigheden veranderen – onder andere in de vorm van toenemende personele schaarste – en de prestaties van het stelsel staan steeds meer onder druk. Bovendien heeft de coronacrisis de noodzaak van meer verdergaande samenwerking benadrukt.

2.3 Noodzaak tot verandering

De belangrijkste reden voor het schrijven van dit advies is dat de funderende principes van het zorgstelsel niet meer passen bij de veranderde maatschappelijke context

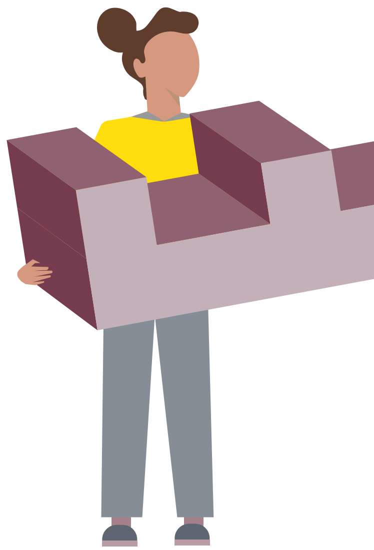
waarin de zorg zich bevindt. Dat gaat ten koste van de meest basale publieke waarden waarop de zorg zich van oudsher richt: toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Maar ook de rechtvaardigheid en de legitimiteit van het stelsel staan onder druk.

In de eerste plaats zien we dat de manier waarop het zorgstelsel met zorg en gezondheid omgaat steeds meer afwijkt van hoe er inmiddels in brede kring wordt gedacht over de aard van zorg- en ondersteuningsvragen. Het denken over zorg en gezondheid is écht fundamenteel veranderd. En niet vanuit een intellectuele opwelling, maar vanuit een grote maatschappelijke urgentie. In de afgelopen jaren is het gebruik van zorg en ondersteuning sterk toegenomen. Hierdoor zijn de grenzen van de beschikbare (personele) zorgcapaciteit bereikt. Mede als gevolg van het capaciteitstekort in de zorg klinkt steeds vaker de roep om de focus op het behandelen van ziekte te verleggen naar het stimuleren van de gezondheid van burgers, zodat voorkomen kan worden dat mensen een beroep doen op de zorg. Of beter gezegd, dit organisatorisch onvermogen maakt een toch al groeiende stroom in het denken over gezondheid steeds onvermijdelijker: we willen meer gezondheid, maar hebben een stelsel gebouwd dat vooral het verlenen van (curatieve) zorg beloont. Dat vraagt om een aanpak die gericht is op sociale determinanten van gezondheid (buiten het zorgstelsel), én om verbetering van de toegang tot die vormen van zorg en ondersteuning die bijdragen aan het voorkomen van zwaardere en meer intensieve zorg (binnen het zorgstelsel). Op dit moment is de toegankelijkheid voor burgers in de praktijk onvoldoende geborgd. Met name burgers die zorg en ondersteuning gebruiken uit verschillende wetten raken de weg vaak kwijt in het gefragmenteerde en complex georganiseerde zorgstelsel en ontvangen daardoor niet de zorg en ondersteuning die ze nodig hebben.

Ten tweede staat de solidariteit van het bestaande stelsel onder druk. In de afgelopen jaren heeft de RVS meerdere malen aandacht gevraagd voor ongelijkheden in gezondheid en de samenhang met andere thema's zoals bestaanszekerheid en de inrichting van de leefomgeving. Deze verschillen komen tot uiting in gezonde levensverwachting[a], maar ook in de manier waarop Nederlanders bijdragen aan de zorg, zowel in geld (eigen betalingen) als tijd (informele zorg). Er wordt te beperkt rekening gehouden met de draagkracht van burgers en hun netwerk. Hierdoor is de toegang tot goede zorg en ondersteuning in de praktijk ongelijk verdeeld. Zo weten we dat 8% van de bevolking in 2021 afzag van zorg vanwege de kosten die eraan verbonden waren.[10] Dit schuurt met het brede toegankelijkheidsideaal van het bestaande zorgstelsel. Met andere woorden: verschillende groepen krijgen relatief te weinig 'gezondheid' en betalen daar relatief te veel voor. En vice versa. Dat is geen kwestie van inkomenspolitiek of van een financieringsdiscussie: het gaat over de vraag of het grondwettelijk verankerde recht op gezondheid nog waar te maken is binnen het huidige stelsel. Het antwoord op die vraag lijkt nee te zijn en dat is reden voor grote zorg en groot alarm voor de sector en de samenleving.

a Gezonde levensverwachting is het aantal jaren dat een persoon van een bepaalde leeftijd naar verwachting nog in goede gezondheid zal leven.

Ten derde zien we dat het huidige zorgstelsel op dit moment niet is ingericht voor het maken van legitieme afwegingen tussen botsende publieke waarden, zoals toegankelijkheid en kwaliteit. In de periode waarin de funderende principes voor dit stelsel werden afgesproken, was het idee dat die afweging vooral in het zorgveld zelf moest plaatsvinden. Maar de tijden, en vooral de omstandigheden, zijn veranderd. Toenemende personele schaarste in de zorg zet afwegingen tussen publieke waarden verder op scherp. Het zijn daarmee actuele en urgente kwesties die zich nu dagelijks op de behandeltafel of op het bureau van professionals, beleidsmakers en cliënten manifesteren. En waarvoor in de praktijk keuzes worden gemaakt die wellicht voor dat moment even een oplossing bieden, maar die niet op systeemniveau verankerd zijn of richting krijgen. Vragen zoals: ‘Wat is aanvaardbare kwaliteit van zorg, welk niveau van risico is aanvaardbaar, en hoe sturen we op de betaalbaarheid van zorg zonder langetermijneffecten uit het oog te verliezen?’ waren altijd al relevant en worden tegenwoordig steeds belangrijker. Gefragmenteerde verantwoordelijkheden en rigide regels, richtlijnen en protocollen maken het afwegen van publieke waarden in de praktijk soms onmogelijk. Zo is het voor zorgverzekeraars moeilijk om structureel te investeren in collectieve preventie, verloopt de totstandkoming van passende kwaliteitskaders moeizaam en is het voor de overheid ingewikkeld om daadkrachtige stappen te zetten in de samenstelling van het basispakket. Zo loopt een stelsel dat beweeglijk, dynamisch, innovatief en lerend zou moeten kunnen zijn, voortdurend vast in zelf opgelegde wetten, regels en kaders, die het meeveren met de zich ontwikkelende maatschappelijke praktijk onmogelijk maken. En daar gaat de kwaliteit van zorg, de legitimiteit van besluitvorming en uiteindelijk het niveau van gezondheid van burgers door omlaag. Volgens de Raad is het stelsel daarmee niet langer houdbaar en bovendien niet meer wenselijk. Het is daarom, kortweg, tijd voor verandering. Niet alleen *binnen* het stelsel, maar ook *van* het stelsel.



Leeswijzer

In *hoofdstuk 3* gaan we dieper in op de belangrijkste problemen van het huidige zorgstelsel. We analyseren de mechanismen in het stelsel die niet langer aansluiten bij de veranderde context waarin de zorgsector zich bevindt.

In *hoofdstuk 4* plaatsen we deze kernproblemen in historisch perspectief. Daar laten we zien dat de huidige problemen uitdrukkingen zijn van onderliggende afwegingen tussen publieke doelen, principes en belangen die in de historie voortdurend met elkaar op gespannen voet hebben gestaan. We beschrijven wat we kunnen leren van eerdere stelselaanpassingen, welke soms onbedoelde effecten ze kunnen hebben en hoe delen van deze balansen (specifieke waarden) nu in de verdrukking zijn gekomen.

In h*oofdstuk 5* presenteren we een aantal voorwaarden waaraan het zorgstelsel moet gaan voldoen. We behandelen de rol van de rijksoverheid, systeempartijen en burgers, en de sociale innovaties die horen bij stelselaanpassingen.

In *hoofdstuk 6* presenteren we welke verandering er volgens de Raad in het zorgstelsel moet plaatsvinden om de kernproblemen aan te pakken en tot een andere afweging van publieke waarden te komen. We benoemen een aantal concrete juridische, institutionele en normatieve veranderingen die daaraan kunnen bijdragen.

We sluiten het advies in *hoofdstuk 7* af met een epiloog.



Tabel 1: Normatieve, juridische en institutionele aspecten van het zorgstelsel

Stelselwetten	Zorgverzekeringswet (Zvw)	Wet langdurige zorg (Wlz)
Normatieve aspecten		
Type zorg en ondersteuning	Geneeskundige zorg	Langdurige zorg waarvoor permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig is.
Mensbeeld	*Rationele kiezende burger* Zorg is een privaatrechtelijk verzekerd recht dat burgers consumeren.	*Afhankelijke burger* Zorg is een publiekrechtelijk verzekerd recht waarvan burgers gebruikmaken wanneer zij een indicatie hebben.
Dominante sturingsfilosofie	Gereguleerde concurrentie tussen zorgaanbieders onderling en zorgverzekeraars onderling. Zorgverzekeraars kopen zorg in bij zorgaanbieders (selectieve inkoop). Zorgverzekeraars concurreren op prijs en kwaliteit van zorgpolissen. Zorgaanbieders concurreren ook op prijs en kwaliteit, zowel bij contracten met zorgverzekeraars als op de particuliere markt.	Gereguleerde concurrentie tussen zorgaanbieders. Zorg wordt ingekocht door het per regio aangewezen zorgkantoor (bestuursorgaan). De overheid stelt regiobudgetten vast (per zorgkantoorregio).
Juridische aspecten		
Wettelijke aanspraak	Zorgverzekeraar heeft een wettelijke zorgplicht op het gebied van verzekerde zorg	Recht op zorg uit het basispakket, op basis van volksverzekering.
Toegang tot zorg	Vrije toegang tot eerste lijn (o.a. huisarts) volgens bepalingen in het basispakket. Soms moet men eerst het eigen risico aanspreken. Vanuit eerste naar tweede/derde lijn alleen met verwijzing vanuit de eerste lijn. Wanneer precies verwijzing nodig is en wie die kan geven, wordt door polisvoorwaarden bepaald Op grond van diagnose kan burger zelf kiezen voor een zorgaanbieder; bijbehorende vergoeding is afhankelijk van het contract met de zorgverzekeraar. OF Burger krijgt pgb voor inkoop, o.a. wijkverpleging of palliatieve zorg; daar is dan een indicatie voor nodig.	Indicatie van CIZ binnen 6 weken na aanvraag. Zorgkantoor en zorgvrager maken samen afweging over zorg thuis of zorg met verblijf en over zorg in natura of pgb. Dat gebeurt aan de hand van zorgprofielen.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	Jeugdwet (JW)
Vormen van ondersteuning die nodig zijn om zelfstandig te wonen en mee te doen in de samenleving.	Zorg en hulp bij opvoedingsproblemen, geestelijke gezondheidszorg en zorg bij lichte lichamelijke of verstandelijke beperkingen.
Zelfredzame burger Ondersteuning als voorziening, aanvullend op wat mensen zelf kunnen (maatwerk). Daarnaast kent de Wmo algemene voorzieningen, die voor iedereen beschikbaar zijn.	*Zelfredzame burger* Zorg en hulp als voorziening, aanvullend op wat mensen zelf kunnen (maatwerk).
Gereguleerde concurrentie tussen aanbieders van maatschappelijke ondersteuning. Maatschappelijke ondersteuning wordt ingekocht door de gemeente. De overheid stelt een groot deel van het gemeentelijk budget vast. Gemeenten hebben beleidsvrijheid in hoe zij dit uitgeven.	Gereguleerde concurrentie tussen zorgaanbieders. Zorg wordt ingekocht door de gemeente. De overheid stelt een groot deel van het gemeentelijk budget vast. Gemeenten hebben beleidsvrijheid in hoe zij dit uitgeven.
Voorziening (uitvoerder besluit in hoeverre ondersteuning nodig is, aanvullend op wat mensen zelf kunnen).	Voorziening (uitvoerder besluit in hoeverre zorg en ondersteuning nodig zijn, aanvullend op wat mensen zelf kunnen).
Burgers melden zich bij een (Wmo-)loket van de gemeente. Dit kan ook een wijkteam zijn. Ook andere zorgverleners kunnen burgers naar dit loket doorverwijzen. Vrije toegang tot algemene voorzieningen; toegang tot maatwerkvoorzieningen gebeurt alleen op grond van een besluit. Uitvoering van de voorziening gebeurt via pgb of in natura.	Vergelijkbaar met de route naar Wmo-voorzieningen. Verschil: huisartsen, jeugdartsen en medisch specialisten kunnen rechtstreeks doorverwijzen naar een gecontracteerde jeugdhulpaanbieder in de desbetreffende gemeente. Vrij toegankelijke voorzieningen en niet-vrij toegankelijke voorzieningen (toegang wordt verleend op basis van een besluit) Uitvoering van de voorziening gebeurt via pgb of in natura.

Eigen betalingen	Iedereen heeft een verplicht eigen risico van € 385. Voor sommige consulten (o.a. huisarts) geldt eigen risico niet Voor sommige kosten uit het basispakket geldt een eigen bijdrage.	Eigen bijdrage van burgers wordt bepaald op basis van het type zorg (thuis of intramuraal). De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van het inkomen en vermogen (4-10%) van burgers.
Institutionele aspecten		
Pakketbeslisser	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Betrokken adviesorgaan pakketbeslissingen	Zorginstituut Nederland	Zorginstituut Nederland
Toezichthouder(s)	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), Autoriteit Consument & Markt (ACM) Autoriteit Financiële Markten (AFM) De Nederlandse Bank (DNB)	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) Autoriteit Consument & Markt (ACM)
Zorginkoper	Zorgverzekeraar Verzekerde (in geval van restitutiepolis)	Zorgkantoor Burger (in geval van PGB)
Centrale richtlijn-ontwikkeling	Beroepsorganisaties Kwaliteitsraad	Beroepsorganisaties Kwaliteitsraad
Financierings-grondslag	Nominale premie Inkomensafhankelijke premie (Zorgverzekeringsfonds) Eigen risico Eigen bijdragen	Inkomensafhankelijke premie (Fonds langdurige zorg) Eigen bijdragen

Voor burgers geldt een abonnementstarief van € 19 per maand voor huishoudelijke hulp. Voor andere zaken heeft gemeente beleids-vrijheid om bijdragen te vragen	Voor de Jeugdwet geldt geen eigen bijdrage.
Gemeente	Gemeente
-	-
Gemeenteraad Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) Autoriteit Consument & Markt (ACM)	Gemeenteraad Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) Inspectie Justitie en Veiligheid (IJV) Jeugdautoriteit Autoriteit Consument & Markt (ACM)
Gemeente Burger (in geval van PGB)	Gemeente Burger (in geval van PGB)
-	-
Algemene middelen (Gemeentefonds) Eigen bijdragen	Algemene middelen (Gemeentefonds)



3 Drie kernproblemen van het huidige zorgstelsel

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 zien we dat verschillende funderende principes onder het bestaande zorgstelsel niet langer aansluiten bij de veranderde maatschappelijke context waarin het zorgstelsel zich bevindt. In dit hoofdstuk diepen we de problemen uit die we in de inleiding beschreven en laten we zien op welke plekken van het zorgstelsel het precies schuurt.



3.1 Fragmentatie en concurrentie in het stelsel leiden ertoe dat steeds meer burgers niet de zorg en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben

De toegankelijkheid van zorg en ondersteuning is de afgelopen jaren achteruitgegaan. Hoewel de brede collectieve (basis)verzekering van het huidige stelsel een belangrijke randvoorwaarde vormt voor toegankelijke zorg, hebben burgers in de praktijk niet altijd toegang tot passende zorg en ondersteuning. Zo neemt het aantal huisartsenpraktijken dat geen patiënten meer kan aannemen toe en zijn spoedeisende hulpen op bepaalde locaties – voor bepaalde tijd – gesloten.[11, b] In de ggz zijn de wachttijden sterk toegenomen en met name voor de gespecialiseerde ggz zijn de wachttijden lang.[12] Ook het aantal wachtenden voor zorg vanuit de Wlz is al geruime tijd hoog.[13] Steeds meer burgers krijgen zo niet de zorg waar ze recht op hebben (zie hoofdstuk 2 over het recht op gezondheidszorg) wat op termijn een groot risico kan betekenen voor hun gezondheid. Oorzaken van de verslechterde toegang liggen deels buiten het zorgstelsel, maar deels ook in de opzet van het zorgstelsel zelf. Aan de ene kant spelen oorzaken zoals de dubbele vergrijzingc, die nog zal doorzetten tot 2040, de stijging van de zorgvraag en de toegenomen personeelsschaarste een rol. Deze ontwikkelingen ontstaan grotendeels buiten het zorgstelsel; zo is de personeelsschaarste ook in veel andere sectoren zichtbaar. Aan de andere kant wordt het toegankelijk houden van de zorg bemoeilijkt door de gefragmenteerde wijze waarop we zorg en ondersteuning organiseren, financieren en aansturen en door de wijze waarop concurrentie in bepaalde delen van de zorg uitwerkt. In het vervolg van deze paragraaf werken we dit verder uit.

Fragmentatie in de zorg
Met *fragmentatie in de zorg* bedoelen we dat burgers voor het beantwoorden van hun gezondheidsvragen te maken krijgen met verschillende (typen) zorgprofessionals of zorgorganisaties. Bovendien gaat het over versplintering in termen van het aantal wetten, financieringsstromen en regels die het proces van zorg en ondersteuning beïnvloeden. Burgers krijgen hier soms direct mee te maken, bijvoorbeeld doordat ze voor het aanvragen van zorg of het gedeclareerd krijgen van uitgaven bij meerdere loketten moeten aankloppen (gemeente, zorgverzekeraar, zorgkantoor, indicatieorgaan). In andere gevallen is dat meer indirect, wanneer de mate van fragmentatie in wetten en regels invloed heeft op onder andere de samenwerking en de afstemming tussen zorgprofessionals en zorgorganisaties, en van daaruit op de toegankelijkheid of de kwaliteit van de zorg.

b Spoedeisende hulpen sloten onder andere tijdelijk in de Gelre ziekenhuizen en het LangeLand Ziekenhuis.

c Dubbele vergrijzing staat voor de toename van het aandeel ouderen in de samenleving in combinatie met een stijging van de gemiddelde leeftijd.

De gevolgen van een gefragmenteerd zorgaanbod zijn voelbaar in de samenleving in brede zin, maar komen het sterkst tot uiting bij mensen met complexe gezondheidsproblemen. Denk aan ouderen die te maken hebben met meerdere chronische aandoeningen, zoals een combinatie van ziektes (zoals dementie, slechthorendheid of verminderde visus), diabetes en hart- en vaatziekten, of mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Dergelijke groepen kwetsbare burgers hebben zorg nodig uit verschillende sectoren en soms verschillende zorgwetten. Daarbovenop hebben zij ook vaak problemen op andere vlakken, zoals op sociaal gebied of in woonomstandigheden, of ze hebben schulden.[14] Juist in deze situaties is het extra van belang dat verschillende beroepsgroepen en organisaties goed samenwerken en afstemmen, dat het voor burgers begrijpelijk is waar zij met welk probleem terechtkunnen, en dat waar mogelijk laagdrempelige en goed toegankelijke ondersteuning bereikbaar is zodat zwaardere problemen voorkomen kunnen worden.

In het tekstkader hierna lichten we ter illustratie een aantal groepen uit om te laten zien waar zij tegen aanlopen als het gaat om toegang tot zorg. Hoewel groepen kwetsbare burgers met complexe zorgvragen een relatief beperkt deel van het totaal aantal zorgvragers in Nederland bevat (de totale zorgvraag behelst onder andere ook enkelvoudige medische zorgvragen), laten verschillende onderzoeken zien dat het aandeel in het totale zorg*gebruik* van deze groepen omvangrijk is. Ondanks dat er geen precieze landelijke cijfers beschikbaar zijn over 'kwetsbare burgers' en het bestaan van complexe gezondheidsproblemen deels onzichtbaar blijft (in data), wordt geschat dat 10% van de Nederlanders te maken heeft met complexe zorgvragen en dat dit gelijk staat aan 40% van de totale zorgkosten.[15] Andere studies schatten dat 50% van de zorgkosten zich concentreert bij 5% van de mensen die zorg gebruiken, en dat dit vaker gaat om mensen met meerdere aandoeningen, lagere inkomens en hogere leeftijd.[16] De uitgaven aan ggz-zorg liggen voor mensen met problematische schulden 30% hoger dan gemiddeld.[17] In de nabije toekomst zullen deze cijfers – met name als het gaat om kwetsbare ouderen – verder groeien vanwege de vergrijzing. Het RIVM beschreef in 2018 "het groter worden van de groep zelfstandig thuiswonende ouderen met dementie en andere complexe problemen" dan ook als een van de grote maatschappelijke opgaven voor de toekomst van de Nederlandse volksgezondheid.[18]

Thuiswonende kwetsbare ouderen
Kwetsbare ouderen zijn ouderen die het niet goed zelf regie kunnen voeren over het leven en die last hebben van een combinatie van somatische, sociale en mentale problemen. Kwetsbare ouderen (volgens Vektis waren er in 2020 ongeveer 730.000 kwetsbare 65-plussers[19]) zijn relatief vaak alleenstaand en hebben relatief vaak een lager inkomen en een migratieachtergrond. Ongeveer driekwart van deze groep woont thuis. Veel thuiswonende ouderen ontvangen op dit moment zorg en ondersteuning uit verschillende zorgwetten. Waar ouderen vanuit de Wmo aanspraak kunnen maken op lichtere vormen van zorg en ondersteuning, zijn ouderen voor meer permanente en intensieve zorg aangewezen op de Wlz. De Wmo past in theorie goed bij de eerste fase van het langer thuis wonen waarbij lichte ondersteuning en hulp bij sociale problematiek kan worden geboden.

In de praktijk spelen een aantal zaken. Als eerste worden ouderen en hun omgeving onnodig belast met terugkerende indicatie-toetsen door de beperkte geldigheidsduur van indicaties in de Wmo, terwijl het verloop van de zorgvraag vaak goed voorspelbaar is. Bovendien krijgen ouderen bij de overgang van Wmo/Zvw naar Wlz-zorg thuis te maken met een nieuwe indicatiesteller die het dossier niet kent, met mogelijk een andere zorgaanbieder en een niet-vertrouwde zorgverlener, en met een hogere eigen bijdrage. Met al deze overgangen is het voor ouderen en hun mantelzorgers complex om overzicht en regie te houden.[20] Bovendien is het voor zorgprofessionals op deze manier lastig om ouderen de juiste zorg te bieden.[21] Dit laatste wordt versterkt door het grote aantal aanbieders in steden en wijken voor verzorging en verpleging thuis (versnippering van het aanbod bemoeilijkt goede afstemming).

Tot slot is het ideaal van zelfstandig 'thuis wonen' op late leeftijd niet altijd passend, met name omdat huizen waarin ouderen wonen niet altijd geschikt zijn om (zo zelfstandig mogelijk) oud in te worden. Zoals de Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen[22] aangaf, is er grote behoefte aan collectieve aangepaste woonvormen voor ouderen. Bij het principe van zo lang mogelijk thuis wonen wordt ook onvoldoende rekening gehouden met grote eenzaamheid die immobiliteit en een afnemende lichamelijke en geestelijke gezondheid met zich meebrengen. Dit wordt door veel thuiswonende ouderen zelf als hun grootste probleem genoemd. Vooral ouderen die in 'zwakke wijken' wonen, met minder sociaal veerkrachtige netwerken en slecht geïsoleerde huizen, worden geraakt door het gebrek aan passende woonvormen. Daarbij is er een groeiend tekort aan verpleeghuisplekken.[23]

Mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA)
In Nederland zijn er ruim 280.000 mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA).[24] Mensen met een EPA ervaren problemen op het gebied van werk, huisvesting, schulden en/of relaties.[25] De zorg voor deze groep burgers wordt bekostigd door gemeenten, zorgkantoren én zorgverzekeraars.[26] Gezien de meervoudige en complexe problematiek zijn samenhang, continuïteit en flexibiliteit van cruciaal belang, maar in de praktijk is veelal sprake van discontinuïteit en fragmentatie.[27] Ggz-instellingen en sociale partners werken nogal eens langs elkaar heen en de verantwoordelijkheid voor en coördinatie van de zorg is niet belegd. Patiënten vallen hierdoor geregeld tussen wal en schip; ze zijn 'te complex' voor bepaalde instellingen, of gespecialiseerde instellingen kunnen alleen een deelprobleem (bijvoorbeeld verslaving) behandelen.

Het oorspronkelijke beleidsideaal van zo veel mogelijke ambulante ggz-zorg thuis – dat heeft geleid tot een sterke afbouw van het aantal klinische plaatsen in de ggz en van het aantal plaatsen voor beschermd wonen – is voor een deel van deze EPA-groep niet passend. In situaties waarin ambulante zorg niet voldoet, worden deze mensen geconfronteerd met de lange wachttijden in de gespecialiseerde ggz, waardoor hun situatie uiteindelijk verslechtert. Hoewel er in de afgelopen jaren veel aandacht is geweest voor deze problematische wachtlijsten, lijkt dit een

hardnekkig probleem. Dit probleem is verder verergerd met de recente sluiting van een aantal specialistische ggz-klinieken om financiële redenen en vanwege personele tekorten.[28]

Jongeren met een meervoudige hulpvraag
Jongeren met een meervoudige hulpvraag (somatische, sociale en geestelijke problematiek) hebben door de tijd heen vaak te maken met verschillende zorgverleners en verschillende wettelijke regimes. De wetten sluiten echter niet altijd goed op elkaar aan. Zo vervalt voor jongeren als ze 18 jaar worden in principe de jeugdhulpplicht voor gemeenten, waardoor het onzeker is of de hulp doorgang kan vinden. Vaak hebben jongeren die jeugdhulp ontvangen deze ook na hun achttiende nodig, mede omdat ze op dat moment veel zaken zelf moeten regelen en in hun ontwikkeling achterlopen. Jongeren die op dat moment zorg aanvragen vanuit een ander wettelijk regime of die bij de gemeente verlengde jeugdhulp aanvragen, ervaren dit nogal eens als een bureaucratisch en tijdrovend proces en lopen het risico dat er tijdelijk geen zorg beschikbaar is. Voor gemeenten is de verlengde jeugdhulp vaak vooral een extra kostenpost en zijn er – gestimuleerd door beperkte gemeentebudgetten – prikkels om de zorg af te wentelen op de Zvw of Wlz. Domeinoverstijgende samenwerkingen om deze problematiek aan te pakken komen nog onvoldoende tot stand.[29]

De voorbeelden in dit tekstkader illustreren hoe de toegang tot zorg wordt bemoeilijkt voor groepen kwetsbare burgers, maar toegankelijkheidsproblemen gelden in de volle breedte van de zorg. Daarnaast hebben problemen in de toegang voor kwetsbare burgers ook een indirect effect op de toegang tot zorgvoorzieningen voor andere burgers met minder complexe gezondheidsproblemen. Doordat kwetsbare groepen niet de juiste zorg en ondersteuning ontvangen maken zij vaker en intensiever gebruik van algemene voorzieningen, zoals de huisarts, de eerste hulp of het ziekenhuis. Daarmee treedt er dus een breed risico op voor de volksgezondheid. Volgens de Raad draagt het zorgstelsel – naast verschillende externe oorzaken - hier ook zelf aan bij, met name door de fragmentatie in verantwoordelijkheden en financiering, en door de effecten van concurrentie(prikkels). Deze onderwerpen werken we hieronder verder uit.

Gefragmenteerde verantwoordelijkheden

De verantwoordelijkheid voor zorg en ondersteuning is geregeld in meerdere wetten en daarmee verdeeld over verschillende inkopers. Mede hierdoor ervaren burgers – zeker de groepen met complexe gezondheidsvragen – dat de verschillende vormen van zorg die ze ontvangen niet goed op elkaar aansluiten of dat bepaalde zorg onvoldoende wordt geleverd. Zo beschreven we in onze adviezen *Grenzeloos samenwerken?* en Kunst van het innoveren voorbeelden van zorgorganisaties die zorg uit verschillende sectoren en wetten willen combineren (eerstelijnszorg en maatschappelijk werk, of sociale en medische oplossingen voor mensen met dementie), maar dit vanwege de verdeelde verantwoordelijkheden niet goed gefinancierd

en georganiseerd krijgen.[d] In andere gevallen is sprake van een te grote overgang in het zorgaanbod – of is er tijdelijk helemaal geen zorg – zodra iemand van de ene naar de andere wet 'overgaat'. In het tekstkader hiervoor illustreren we dit met voorbeelden uit de jeugdzorg en de zorg voor kwetsbare ouderen. Een ander punt is dat dezelfde of vergelijkbare vormen van zorg en ondersteuning onder verschillende wetten vallen. Te denken valt aan vormen van individuele preventie of zorg thuis.[30] Hierdoor ontstaat het risico dat financiers afwachtend zijn met inkopen of dat ze de verantwoordelijkheid afwentelen.

Landelijke overheidsorganisaties, zoals de NZa en de IGJ, zijn aan zet om inkopers en aanbieders bij te sturen zodra zij onvoldoende in staat zijn een samenhangend en toegankelijk aanbod van zorg en ondersteuning te realiseren. Die verantwoordelijkheid blijkt echter lastig in praktijk te brengen. Zo is het terugdringen van wachtlijsten – onder andere in de ggz, de wijkverpleging en de medisch-specialistische zorg – een hardnekkig probleem, ondanks de waarschuwing van de NZa in het afgelopen jaar voor een scherpe maatschappelijke tweedeling als daar niets aan wordt gedaan.[31] Landelijke overheidsorganisaties lijkt het aan concrete sturingsmogelijkheden te ontbreken – of deze worden nog onvoldoende ingezet – om een samenhangend zorgaanbod van zorg en ondersteuning te realiseren en waar nodig af te dwingen. De fragmentatie van verantwoordelijkheden heeft niet alleen als resultaat dat burgers geen toegang krijgen tot een samenhangend aanbod van zorg. Het maakt het stelsel ook erg complex en daarmee ontoegankelijk. In meerdere rapporten is beschreven dat de hoeveelheid wetten en regels het stelsel voor burgers – met name voor kwetsbare groepen die veel zorg nodig hebben – onbegrijpelijk maken en dat zij daarom niet de weg naar de juiste hulpverlener vinden.[32] Er zijn verschillende vormen van eigen betalingen afhankelijk van het type zorg dat iemand ontvangt, verschillende loketten voor het aanvragen van toegang tot zorg en financiering, voortdurende veranderingen in de dekking van een verzekering, en er zijn verschillende compensatieregelingen zoals een zorgtoeslag of een gemeentepolis voor mensen met een laag inkomen. Dat het complex is voor burgers om alles nog te overzien spreekt haast voor zich.

Gefragmenteerde financiering en regulering

De toegang tot zorg wordt ook beïnvloed door de gefragmenteerde financierings- en inkoopvormen. Zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren werken vanuit wetten die gebaseerd zijn op verschillende beleidstheorieën (zie tabel 1). Dit maakt bijvoorbeeld dat zorgverzekeraars sterk letten op de consequenties van afspraken met aanbieders voor de zorgpremie, terwijl gemeenten zich richten op de totale gemeente-uitgaven en daarbij veel beleidsvrijheid hebben. De verschillende beleidstheorieën, en de daarmee samenhangende financiering, kunnen in de praktijk tot perverse prikkels leiden.[33] Zo zien we dat veel gemeenten ervaren dat zij met erg

d Bijvoorbeeld de casus van huisartsenpraktijk Afferden waar getracht werd de zorg te verbeteren door middel van 'meer tijd voor de patiënt' en het toepassen van meer sociale niet-medische interventies. Dit leidde tot minder medicatievoorschriften en verwijzingen naar het ziekenhuis. Echter leidde het daardoor ook tot minder inkomsten voor het ziekenhuis. Bovendien kon de gemeente onvoldoende 'bijspringen' in het financieren van preventieve, ondersteunende interventies. Zie ook: RVS (2022). *Grenzeloos samenwerken?* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

krappe budgetten werken, waardoor het voor hen financieel aantrekkelijk is om erop aan te sturen dat burgers een Wlz-indicatie krijgen.[34] Ook is het voor financiers, gemeenten en zorgverzekeraars niet lonend om te investeren in het voorkomen van zwaardere zorg wanneer de baten daarvan in andere delen van de zorg vallen. De risicoverevening speelt hierin ook een rol, omdat het voorkomen van bepaalde curatieve zorg tot gevolg kan hebben dat de compensatie die verzekeraars ontvangen uit het vereveningsfonds afneemt. De mate waarin dit financieel resultaat optreedt verschilt per situatie, maar kan er zeker toe leiden dat zorgverzekeraars op voorhand voorzichtiger zijn in het bijdragen aan regionale initiatieven voor betere en meer samenhangende zorg.[e] Investeringen zijn dan vooral nadelig voor de concurrentie-positie van de verzekeraar. Bovendien is de logica van de Zorgverzekeringswet (als schadeverzekering) erop gericht dat verzekeraars premiegelden besteden aan het vergoeden van maatregelen die terug te leiden zijn tot een individu met (risico op) gezondheidsproblemen. Het financieren van meer collectieve maatregelen past hier niet bij[f]. In de praktijk lopen samenwerkingsprojecten – gericht op het voorkomen van zwaardere zorg en het verlagen van zorgkosten – vaak vast op dit soort perverse financiële prikkels en juridische beperkingen.

Aanbieders worden eveneens beïnvloed door de opzet van de financiering en het type financiële afspraken dat zij maken met inkopers van zorg. Zo is in meerdere rapporten beschreven hoe landelijke regelgeving – met name in delen van de Zvw en de Wlz – ervoor zorgt dat financiële afspraken zich vooral richten op hoeveel behandelingen, consulten of andere activiteiten er worden geleverd door iedere afzonderlijke zorgaanbieder. In combinatie met de vaak korte duur van contracten tussen financiers en aanbieders en met omzetplafonds per zorgaanbieder stimuleert dit zorgorganisaties niet om samen te werken, om zorg – waar gewenst – aan een andere partij over te laten of om te wachten met behandelen in plaats van in te grijpen.[35] In *Grenzeloos samenwerken?* beschreven we bijvoorbeeld hoe meer tijd voor patiënten in een huisartsenpraktijk in Afferden de omzet van het lokale ziekenhuis deed dalen – vanwege minder verwijzingen vanuit de eerste lijn – waardoor het project moeizaam doorgang kon vinden.[36] Een ander effect dat vaak benoemd wordt, is dat bepaalde zorgaanbieders zich in de praktijk zouden richten op ‘eenvoudiger’ doelgroepen, omdat het financiële risico dan lager is.[37] Zorgaanbieders en financiers kunnen onderling iets doen aan de genoemde financiële prikkels, bijvoorbeeld door voor een bepaalde tijd een aanneemsom af te spreken, onafhankelijk van de hoeveelheid

e De bijdrage die zorgverzekeraars ontvangen vanuit het zorgverzekeringsfonds is bedoeld om zorgverzekeraars met meer verzekerden met een hoger risico op zorg(uitgaven) financieel te compenseren. Het doel is om zo een gelijk speelveld en eerlijke concurrentie te creëren, en prikkels voor risicoselectie weg te nemen. De variabelen uit het vereveningsfonds zijn voornamelijk gebaseerd op zorggebruik van verzekerden uit het voorgaande jaar. Hiervoor worden declaratiegegevens over specifieke behandelingen gebruikt. Zodra het gebruik van die behandelingen afneemt, vermindert de compensatie die een verzekeraar ontvangt. De mate waarin dit tot financieel risico voor de verzekeraar leidt, varieert per situatie en initiatief. Zie: ZiNL (2022). Advies passende zorg en risicoverevening. Diemen: Zorginstituut Nederland.

f Ook algemene diensten ten behoeve van de verzekerde zorg kunnen uit Zvw bekostigd worden als de NZa hier een prestatiebeschrijving en tarief voor vast heeft gesteld. Voorbeeld hiervan zijn algemene diensten of activiteiten ten behoeve van zorg voor Parkinsonpatiënten

geleverde activiteiten of behandelingen. Dit gebeurt in toenemende mate. In de Wmo hebben gemeenten en zorgaanbieders in principe niet te maken met landelijke regels. Toch blijkt uit onderzoek dat financiële afspraken alsnog veel 'inspanningsafspraken' bevatten, waarbij jeugdzorg en ondersteuning worden opgeknipt in verschillende activiteiten die apart betaald worden. Dit gebeurt vanuit de gedachte dat dit de monitoring en financiële beheersing ten goede komt. Maar in de praktijk bemoeilijken deze afspraken de continuïteit van zorg en de samenwerking die eigenlijk nodig is om tot een passend zorgaanbod voor burgers te komen.[38]

Overigens draagt naast regelgeving voor de bekostiging ook de detailregelgeving over kwaliteit bij aan fragmentatie in de zorg. Vanuit een behoefte om kwaliteitsrisico's te beheersen, als reactie op incidenten, of vanwege hogere verwachtingen over kwaliteit, ontstaan gedetailleerde regels en afspraken over welke zorgverlener op welk moment beschikbaar moet zijn of een specifieke handeling moet uitvoeren. Dit landt onder andere in wetgeving, bijvoorbeeld in de Wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) waar is vastgelegd welke groepen bevoegd zijn tot het doen van voorbehouden handelingen. Ook komt het tot uiting in kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en protocollen waarin gedetailleerde eisen of normen staan over specifieke beroepsgroepen of handelingen. Beroepsgroepen en ook patiëntverenigingen hebben zelf een belangrijke stem in het tot stand komen van dergelijke standaarden, ondanks dat ze zelf ook hinder lijken te ondervinden van de verantwoordingslast die ermee gepaard gaat. Het perspectief van burgers komt in dit proces onvoldoende aan bod. Bovendien is er te weinig oog voor het effect van specifieke kwaliteitseisen op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, in paragraaf 3.3 gaan we daar verder op in.

Effecten van concurrentie

Tot slot van paragraaf 3.1 gaan we in op een aantal specifieke effecten van gereguleerde concurrentie (zie het tekstkader hierna voor enige duiding over het begrip concurrentie). Concurrentie kan in de zorg zeker van waarde zijn, met name daar waar zorgaanbieders een duidelijk en eenduidig identificeerbaar 'product' of 'dienstenpakket' leveren, en waar aanbieders en inkopers in een evenwichtige (machts) verhouding kunnen borgen dat zorg doelmatig en tegen goede kwaliteit wordt geleverd.[39] Aan deze voorwaarden wordt niet in iedere deelsector van de zorg of voor ieder type gezondheidsprobleem voldaan. Een voorbeeld waarbij concurrentie goed kan werken, is enkelvoudige gezondheidsproblemen waarvoor een gestandaardiseerde behandeling beschikbaar is; denk aan planbare staaroperaties. Ook de markt van extramurale geneesmiddelen wordt vaak als voorbeeld aangehaald; hier is sprake van een eenduidig product waarvoor zorgverzekeraars kunnen sturen op doelmatigheid (het gebruik van het goedkoopste medicijn met gelijke kwaliteit). Overigens is inmiddels wel discussie ontstaan over de vraag of dit preferentiebeleid niet heeft geleid tot verminderde leveringszekerheid van geneesmiddelen, en of het switchen naar andere medicijnen niet erg verwarrend is voor burgers.[40] Op de zorgverzekeringsmarkt lijkt concurrentie te leiden tot een prikkel om de zorgpremie zo goed mogelijk te beheersen, wat voordelig is voor burgers.

Concurrentie in de zorg
Concurrentie kent in het Nederlandse zorgstelsel verschillende verschijningsvormen. Zo concurreren zorgverzekeraars op prijs en inhoud van polissen om de gunsten van verzekerden (zorgverzekeringsmarkt). Zorgaanbieders concurreren op prijs en kwaliteit van de geleverde zorg om de gunsten van verzekeraars, zorgkantoren en gemeenten (zorginkoopmarkt). Bovendien werkt concurrentie in de ene regio of deelsector anders dan in de andere. Dit hangt samen met een aantal kenmerken die ook gelden als voorwaarden voor een goedwerkend stelsel van gereguleerde concurrentie, zoals het aantal en de variëteit in zorgaanbieders, de mate van transparantie over kwaliteit en kosten van de zorg, de wijze van reguleren (denk aan het type bekostiging), en de aanwezigheid van een krachtige, onafhankelijke marktmeester en toezichthouder.[41]

Vanuit het oogpunt van toegang tot zorg – met name vanuit het perspectief van burgers met complexe gezondheidsproblemen – versterken bepaalde vormen van concurrentie (concurrentieprikkels) de fragmentatie in de zorg:

1. In de eerste plaats leidt concurrentie tussen verzekeraars tot een prikkel om niet te investeren in (domeinoverstijgende) samenwerking. Het effect van (prijs)concurrentie tussen zorgverzekeraars is dat zij zich primair richten op het beheersen van de uitgaven binnen het eigen domein. Daardoor vormen investeringen om de afstemming tussen zorgaanbieders in verschillende sectoren of domeinen (bijvoorbeeld wijkverpleging en sociaal werk) te verbeteren, of investeringen in tijd en geld om met gemeenten tot betere afspraken te komen, vooral een extra kostenpost die concurrentienadeel oplevert. Overigens leidt bij gemeenten financiële druk – zonder dat sprake is van concurrentie tussen inkopers – soms tot dezelfde uitkomst.
2. In de tweede plaats leiden concurrentieprikkels ertoe dat mogelijkheden tot samenwerking in de praktijk begrensd zijn. Dit heeft te maken met de mededingingsregels die in Nederland voor een groot deel van de zorg van toepassing zijn. De Mededingingswet beschermt burgers en samenleving tegen ‘macht’ en ‘accumulatie van macht’. Een van de 3 pijlers van deze wet is het kartelverbod.[g] Dit verbod legt beperkingen op aan afspraken tussen zorgorganisaties die in dezelfde deelsector actief zijn, bijvoorbeeld verschillende huisartsen- of verloskundigenpraktijken in eenzelfde regio. Onderlinge prijsafspraken of afspraken over het ‘verdelen van cliënten’ zijn dan alleen toegestaan onder strikte voorwaarden die borgen dat voordelen ten goede komen aan de patiënt of verzekerde. De mededingingsregels staan samenwerkingsafspraken over zorginhoud of bijvoorbeeld het delen van medische gegevens niet in de weg. Er kan qua samenwerkingsafspraken dan ook meer dan nogal eens wordt beweerd. Tegelijkertijd zijn de mededingingsregels algemeen van aard, waardoor organisaties uit onzekerheid over het overtreden van deze regels voorzichtiger zijn in het aangaan van samenwerkingsverbanden. Bovendien zullen – zeker in tijden van

g De Mededingingswet kent 3 belangrijke pijlers: het misbruikverbod (tegengaan van misbruik van machtsposities in een markt), het fusieverbod (voorkomen dat machtsposities ontstaan) en het kartelverbod (nadelige effecten van mededingingsbeperkende afspraken voorkomen). Broers (2021). *Samenwerken in de regio, de Mededingingswet en de rol van de ACM. Spreektekst Zorgvisie Congres Dag van de Zorginkoop. 30 maart 2023.*

toenemende schaarste – verdergaande samenwerkingsafspraken nodig zijn om de zorg in regio's toegankelijk te kunnen houden.

3. Ten derde zien we dat concurrentie in bepaalde deelsectoren samengaat met een snelle groei in het aantal zorgorganisaties. Zo steeg het aantal aanbieders van wijkverpleging tussen 2016 en 2021 van 1.000 naar 1.400.[42] Ook in het sociaal domein is deze fragmentatie in het aanbod zichtbaar, bijvoorbeeld bij de inkoop van jeugdzorg.[43] Dit heeft tot gevolg dat het maken van goede – en noodzakelijke – samenwerkingsafspraken tussen deelsectoren (bijvoorbeeld tussen wijkverplegingsorganisaties en een ziekenhuis) in een bepaald gebied moeilijk is of ten minste heel tijdrovend is. Ook gemeenten en zorgverzekeraars hebben soms moeite om met het grote aantal lokale aanbieders te komen tot een samenhangend – en voor burgers overzichtelijk – aanbod van voorzieningen. Bij gemeenten is dit mede het gevolg van de veel gehanteerde *open house-constructie*, waarbij een gemeente alle aanbieders moet toelaten die aan een aantal voorwaarden voldoen.[44] Bij zorgverzekeraars speelt hierin mee dat zij verplicht zijn om ook de zorg voor niet-gecontracteerde aanbieders te vergoeden (voor verzekerden met een restitutiepolis en volgens artikel 13 van de Zvw).



3.2 De manier waarop we zorg en ondersteuning financieren houdt onvoldoende rekening met de draagkracht van burgers en bedreigt de solidariteit van het stelsel

De manier waarop we als samenleving de zorg financieren houdt onvoldoende rekening met de achtergrond en de draagkracht van burgers. Dit bedreigt de solidariteitsgedachte van het zorgstelsel. Die solidariteit is nu onder andere vormgegeven via collectieve en verplichte premies waarmee gezonde burgers bijdragen aan de zorg voor zieke burgers (Zvw en Wlz). Bovendien zijn er collectief gefinancierde voorzieningen waarop mensen aanspraak kunnen maken als het ze niet lukt om zelfstandig mee te doen in de samenleving (Wmo). Toch zijn het juist de kwetsbaarste groepen in de samenleving die op momenten relatief veel bijdragen, in financiële zin (als deel van hun inkomen), maar ook in termen van tijd, inzet en aandacht. Op deze manier schuurt de praktijk met rechtvaardigheidsprincipes: wat mogen we van mensen vragen om een collectief zorgstelsel overeind te houden? Of anders gezegd: verdelen we de lasten zodanig dat burgers een eerlijke kans hebben op het ontvangen van de zorg en ondersteuning die ze nodig hebben? Hierna werken we dit vraagstuk verder uit, eerst voor de Zvw, Wlz en Wmo apart en daarna over domeinen heen. Tot slot besteden we aandacht aan de inzet van burgers in termen van tijd en energie in het zorgen voor anderen.

Solidariteit in de Zvw

Onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) dragen burgers financieel bij via de verplichte zorgpremie aan de zorgverzekeraar, via de inkomensafhankelijke bijdrage (die door werkgevers wordt afgedragen) en via het eigen risico. Daarnaast gelden er eigen bijdragen voor verschillende delen van het basispakket, zoals kraamzorg, hulpmiddelen (bijvoorbeeld voor een kunstgebit of een hoortoestel) en ziekenvervoer. Eigen betalingen in de vorm van het eigen risico en de eigen bijdragen zijn een belangrijk instrument om de uitgaven aan curatieve zorg te beheersen (zie het tekstkader hierna). Bovendien passen ze bij de solidariteitsgedachte van de Zvw; burgers hebben daarin een verantwoordelijkheid om het collectieve zorgstelsel in stand te houden en worden bovendien in staat geacht om goed af te wegen of de zorg wel echt noodzakelijk is (het mensbeeld van de kiezende burger). Het idee is dat eigen betalingen er vooral voor zorgen dat onnodig zorggebruik zo veel mogelijk wordt voorkomen (het ‘remgeldeffect’).

Productieprikkel in de medisch-specialistische zorg
Eigen betalingen worden ingezet als instrument om uitgaven te beheersen. Specifiek in de curatieve zorg, en met name de medisch-specialistische zorg, namen de uitgaven de afgelopen decennia toe. Eigen betalingen passen bij het individueel georiënteerde en privaatrechtelijke verzekeringskarakter van de Zvw. Burgers hebben in dit model sterke (afdwingbare) rechten op curatieve zorg uit het basispakket. Bovendien hebben ze op basis van de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) rechten richting zorgverleners. Echter, de sterke aanspraken op vormen van curatieve zorg in de Zvw hebben ook een keerzijde. Keuzes over zorggebruik worden sterk beïnvloed door technologische mogelijkheden, voorkeuren van aanbieders en de prikkel die uitgaat van de productiegedreven bekostiging van (met name medische) zorg. Voor zorgaanbieders is het financieel aantrekkelijk om veel zorg te verlenen. Sommige zorgaanbieders hebben zelfs toenemende productie nodig om financiering van de vaste lasten te garanderen. Dit alles versterkt de impact van een sterk verankerd recht op zorg. Daardoor is het ook voor ontwikkelaars van geneesmiddelen en zorgtechnologie aantrekkelijk om medische/technologische innovaties te ontwikkelen die via de Zorgverzekeringswet vergoed kunnen worden. Problematisch is dat juist het meer laagdrempelige aanbod van zorg en ondersteuning buiten de medisch specialistische zorg hierdoor onderbelicht raakt (verdringingseffect).

In de praktijk zien we echter dat de manier waarop eigen betalingen in de Zvw zijn geregeld de solidariteit en de rechtvaardigheid van het zorgstelsel bedreigen. Met name mensen uit lagere inkomensgroepen moeten relatief gezien meer zelf betalen dan mensen uit de hogere inkomensgroepen, aangezien zij gemiddeld genomen ongezonder zijn en daardoor vaker zorg nodig hebben.[45] Verschillende studies laten zien dat zorgkosten en zorggebruik zich concentreren bij burgers met relatief hoge individuele kosten, combinaties van aandoeningen, lagere inkomens en hogere leeftijden.[46] Eigen betalingen komen daarmee ook meer voor – en remmen vaker zorggebruik – bij burgers die de zorg het hardst nodig hebben. De precieze mate waarin verschillende groepen burgers zorg mijden terwijl ze hulp nodig hebben, is inherent moeilijk meetbaar, omdat die onvervulde behoefte niet 'zichtbaar' wordt in data van zorgverleners of financiers. Wel schatte het Nivel in 2019 in dat 9% van de bevolking afzag van zorg vanwege de kosten die eraan verbonden waren.[47] Ook zorgverleners zien in de praktijk regelmatig dat specifieke Zvw-zorg wordt gemeden vanwege eigen betalingen, met name waar het gaat om vervolgzorg (zorg die volgt op een eerste contact of diagnose), zoals medicijngebruik, ziekenhuiszorg of specialistische ggz.[48] Het ministerie van VWS heeft recent enkele maatregelen genomen om de betaalbaarheid van de zorg voor burgers te borgen; zo wordt het eigen risico voor medisch-specialistische zorg aangepast naar maximaal € 150 per 'prestatie' (behandeling) en wordt onderzocht of dit ook voor andere Zvw-zorg toepasbaar is.[49]

De financiering van de Zvw houdt in de basis onvoldoende rekening met draagkracht. Zo is een groot deel van de bijdragen – in de vorm van het eigen risico, eigen bijdragen en de nominale premie – in beginsel niet inkomensafhankelijk. Om de zorg voor

lagere inkomens toch betaalbaar te houden werd in 2006 de zorgtoeslag ingevoerd (in 2022 ontvingen 4,6 miljoen huishoudens een zorgtoeslag).[50] Het probleem met de zorgtoeslag is echter dat deze voor burgers ingewikkeld en lastig te doorgronden is; zo maakte ongeveer 10% van de huishoudens die in 2015 recht hadden op de zorgtoeslag daar geen gebruik van (onder andere uit angst voor terugvorderingen[h])[51]. Daarnaast leidt het uitkeren van de zorgtoeslag niet tot de garantie dat noodzakelijke zorg voor iedereen daadwerkelijk betaalbaar is: mensen zijn vrij de toeslag te besteden aan andere zaken. De zorgtoeslag is begin 2023 verhoogd om burgers te compenseren voor de gestegen energielasten. Als die verhoging in 2024 verdwijnt, kan dit mogelijk leiden tot problemen bij mensen met lage inkomens. Samengevat zet de relatief zware last voor lage en middeninkomens de beoogde solidariteit onder druk.

Solidariteit in de Wmo en Wlz

De financiële bijdragen van burgers voor de Wmo en de Wlz zijn in de basis meer op draagkracht gestoeld dan in de Zvw (zie tabel 1). Tegelijkertijd signaleren we nog een aantal elementen die de solidariteit kunnen bedreigen. In de Wmo geldt dit met name voor het abonnementstarief van € 19 per maand dat burgers betalen. Deze relatief lage niet-inkomensafhankelijke eigen bijdrage conflicteert met de beleidsfilosofie van de Wmo dat de draagkracht van burgers eerst wordt aangesproken. Bovendien heeft dit ertoe geleid dat het gebruik van Wmo-voorzieningen sterk is gegroeid, ook onder mensen die zelf voldoende middelen hadden voor bijvoorbeeld de inhuur van huishoudelijke hulp. Mede daardoor kwamen gemeenten in de knel met hun budgetten voor het sociaal domein en ontstonden in veel gemeenten lange wachtlijsten voor de huishoudelijke hulp. Hier komt bij dat burgers voor specifieke Wmo-voorzieningen soms ook nog een vaste eigen betaling moeten doen. Al met al dreigt zo ook in de Wmo de solidariteit te worden ondergraven: juist omdat hogere-inkomensgroepen in hoge mate gebruik maken van zorg en ondersteuning uit de Wmo komt de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning voor kwetsbare groepen onder druk te staan.[i]
De Wlz wordt gefinancierd door middel van een inkomensafhankelijke premie, die via de inkomstenbelasting wordt geïnd. Daarnaast betalen mensen die gebruikmaken van de Wlz een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Die eigen bijdrage wordt bepaald op basis van het inkomen van mensen en voor een deel op basis van het vermogen dat zij bezitten. Echter, het vermogen van ouderen wordt daarbij nog in beperkte mate aangesproken. De beperkte belasting van het vermogen van (vermogende) ouderen voor de bekostiging van de ouderenzorg schuurt steeds meer, aangezien ouderen de meest vermogende groep zijn in de samenleving, zij in de toekomst in grote mate gebruik gaan maken van collectief gefinancierde zorg en bovendien als groep het sterkst hebben geprofiteerd van recente, toevallige woningwaardestijging.[52] De kosten voor de Wlz-zorg zullen sterk stijgen en zullen daarmee steeds meer vragen van de draagkracht van burgers die geen gebruik maken van deze zorg.

h Burgers moeten zelf veranderingen doorgeven die van invloed kunnen zijn op de mate waarin zij recht hebben op toeslag en kunnen bij eventuele fouten geconfronteerd worden met hoge bedragen die zij moeten terugbetalen.

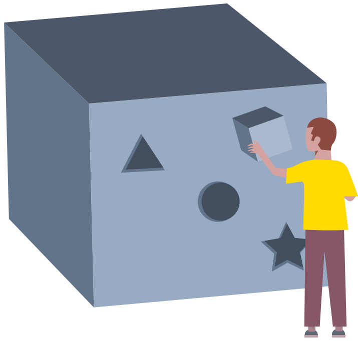
i In de recente Voorjaarsnota 2023 heeft de minister van Financiën reeds voorgesteld om het abonnementstarief af te schaffen.

Stapeling van eigen betalingen

Hoewel het percentage van eigen betalingen relatief laag is ten opzichte van de totale zorguitgaven in Nederland, zijn deze betalingen wel ongelijk verdeeld en zijn de lasten hoger voor groepen die de zorg het hardst nodig hebben.[53] Dit uit zich vooral in de stapeling van zorgkosten bij mensen met chronische ziekten en/of multiproblematiek. Doordat de systematiek van eigen betalingen sectoraal georganiseerd is, zien we dat bij mensen met een beperking of chronische ziekte zorgkosten stapelen vanwege de verschillende eigen bijdragen van de verschillende deelsectoren en wetten. Daardoor komen zij eerder in financiële problemen.[54] Een deel van de mensen ziet bijvoorbeeld af van een aanvraag voor de Wlz vanwege de hogere eigen bijdrage in vergelijking met de Wmo en de Zvw, of kiezen ervoor om niet te investeren in hogere leef- en vervoerskosten voor werk en zelfstandig wonen.[55]

Solidariteit in de vorm van tijd en inzet als mantelzorger of vrijwilliger

Burgers dragen niet alleen in financiële zin, maar ook in tijd en inzet – denk aan mantelzorg of vrijwilligerswerk – bij aan de zorg voor anderen. In totaal is 38% van de 16-plussers in Nederland mantelzorger of vrijwilliger, ofwel ruim 5 miljoen Nederlanders.[56] Ook vormen zich vele netwerken waarin burgers het voor elkaar zorgen organiseren en coördineren; denk aan burgercoöperaties, zorgcoöperaties of stadsdorpen. Deze inzet past bij de beleidstheorie en mensbeelden achter het huidige zorgstelsel die uitgaan van burgers die zo lang mogelijk zelfstandig wonen, regie over het eigen leven willen en (gezondheids)problemen als eerste in het eigen sociale netwerk oplossen. Pas op het moment dat dit onvoldoende blijkt, komen burgers in aanmerking voor collectieve Wmo-voorzieningen en voor Wlz-zorg zodra permanente hulp nodig is. Deze onderlinge inzet van burgers verdient verdere ondersteuning en meer waardering om te zorgen dat het potentieel van hulpverlening – waaraan de behoefte mede door de vergrijzing ook toeneemt – wordt benut. Zo blijkt onder andere dat burgerinitiatieven aanlopen tegen onduidelijkheden over wet- en regelgeving (bijvoorbeeld welke zorgtaken een vrijwilliger kan uitvoeren), en over financiering (moeite om financiële ondersteuning te organiseren). Bovendien verloopt de samenwerking met zorgorganisaties, gemeenten en zorgverzekeraars nog niet altijd even soepel (gebrek aan onderling vertrouwen).[57]



3.3 Het zorgstelsel is niet goed toegerust op het maken van afwegingen tussen publieke waarden

In het Nederlandse zorgstelsel komen (legitieme) afwegingen tussen de soms botsende publieke waarden van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid, moeilijk tot stand. Dit heeft onder andere te maken met de manier waarop de besluitvorming is georganiseerd. Verschillende (overheids)organisaties – denk aan het ministerie van VWS, landelijke toezichthouders, brancheverenigingen of lokaal opererende zorgverzekeraars en gemeenten – streven ieder vanuit hun eigen taak en rol een specifiek doel of meerdere doelen na. Bovendien kan plotselinge politieke druk bijdragen aan het sturen vanuit een specifiek belang of publieke waarde. Dat dit tot knelpunten leidt, werken we in deze paragraaf verder uit door in te gaan op de rolverdeling tussen organisaties, de schuring tussen publieke waarden, het effect van bepaalde beleidsinstrumenten en het onvoldoende meewegen van de stem van burgers.

Regie op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid verspreid over organisaties

De landelijke overheid voert in het huidige zorgstelsel de regie over het beheersen van de zorguitgaven. Binnen de Zvw stelt zij hiervoor budgettaire kaders op per deelsector (bijvoorbeeld de ggz). Bovendien kan zij maatregelen nemen op het moment dat deze kaders worden overschreden, zoals met het inzetten van het macrobeheersinstrument.[j] Ook via besluiten over de samenstelling van het verzekerde basispakket (op advies van het Zorginstituut) en via het reguleren van tarieven (uitgevoerd door de NZa) geeft de overheid invulling aan het beheersen van de kostenontwikkeling in de zorg. De sturing op *kwaliteit van zorg* vindt vooral plaats door zorgaanbieders of beroepsgroepen, in overleg met zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en vertegenwoordigers van cliënten. Zij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden. Het Zorginstituut spoort veldpartijen aan om deze standaarden op te stellen en beoordeelt of ze kunnen worden opgenomen in het kwaliteitsregister. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ziet toe op de kwaliteit van zorg in de praktijk. De borging van de *toegankelijkheid* van zorg en ondersteuning is in de eerste plaats belegd bij zorginkopers, zoals zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten. Zij hebben de taak om burgers binnen een aanvaarbare tijd te voorzien van een passend aanbod van zorg en ondersteuning. De NZa ziet toe op de naleving van de zorgplicht en de daarbij geldende toegankelijkheidsnormen.

j Het macrobeheersinstrument (mbi) is een wettelijk instrument waarmee de overheid een overschrijding van het budget van een deelsector (bijvoorbeeld de ggz of de medisch-specialistische zorg) achteraf kan terugvorderen bij de zorgaanbieders uit die sector.

Betere kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid gaan niet altijd samen

In de praktijk gaan betere kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid niet altijd samen. Een recent voorbeeld waarin dit duidelijk naar voren komt is het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Dit kwaliteitskader is in 2017 tot stand gekomen na sterke maatschappelijke en politieke druk om de kwaliteit van de verpleeghuiszorg te verhogen. Een van de speerpunten in het kwaliteitskader is de (contextgebonden) personele norm, die bepaalt dat er minimaal 2 zorgverleners beschikbaar moeten zijn voor zorg en ondersteuning bij intensieve zorgmomenten. Deze norm is in de praktijk echter onuitvoerbaar vanwege de personele tekorten en leidt tot zorgen over de betaalbaarheid van de verpleeghuiszorg. Als gevolg hiervan is de personele norm – en het aanvaardbare niveau van kwaliteit van zorg in verpleeghuizen in algemene zin – weer ter discussie komen te staan. Hoewel het goed is dat er wordt gewerkt aan de doorontwikkeling van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, illustreert het voorbeeld dat het zorgstelsel niet goed is toegerust op een integrale afweging van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Daar zou bij het opstellen van dergelijke kwaliteitsnormen en kaders al eerder naar gekeken moeten worden. In het advies *Anders leven en zorgen* pleit de RVS dan ook voor het creëren van meer ruimte in kwaliteitskaders, zodat er in de zorgpraktijk meer bewegingsvrijheid ontstaat om oplossingen te vinden waarbij meerdere publieke doelen worden geborgd (bijvoorbeeld de personele norm flexibeler invullen zodat het betaalbaar blijft). In meer algemene zin zullen kwaliteitskaders veel minder een resultaat moeten gaan zijn van onderhandelingen tussen gevestigde professionele belangen, waardoor flexibele oplossingen die de toegang kunnen verbeteren sneller ingezet worden.

Beleidsinstrumenten voor uitgavenbeheersing overheersen andere publieke waarden

In de landelijke besluitvorming is uitgavenbeheersing vaak een leidend doel, en de beleidsinstrumenten die hiervoor worden ingezet creëren een nogal rigide stelsel. In de uitvoering ligt de focus namelijk nog altijd sterk op het (financieel) houdbaar maken van de afzonderlijke sectoren en domeinen binnen het bestaande stelsel. Het gevolg van dit hardnekkige ‘houdbaarheidsframe’ is dat de publieke waarde van toegankelijkheid van zorg ondergesneeuwd raakt. Dit zien we terug in sectorale budgettaire kaders, in het macrobeheersinstrument en in hoofdlijnenakkoorden en het Integraal Zorgakkoord. In het advies *Opnieuw akkoord?* plaatsten we al vraagtekens bij de wenselijkheid van het op deze wijze sturen op de zorgkosten. Zo zagen we dat inhoudelijke afspraken uit de akkoorden die kunnen bijdragen aan toegankelijkheid, zoals substitutie van (ziekenhuis)zorg naar de eerste lijn, maar in beperkte zin effect hebben gehad.[58] Ook in de andere zorgwetten, zoals de Wmo en de Wlz, zien we dat de dominante focus op sectorale beheersing van kosten leidt tot negatieve effecten op de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning. Hierbij valt te denken aan het ingezette beleid om de groei van het aantal verpleeghuisplekken zo veel mogelijk te beperken en zodoende de Wlz-uitgaven te beheersen, waarbij onduidelijk is of de zorgbehoefte wel op andere plekken kan worden opgevangen. Hoewel het kabinet de ambitie heeft om in de komende jaren 40.000 verpleegzorgplekken te realiseren is er onduidelijkheid over hoe dit tot stand moet gaan komen. Daarnaast valt te denken aan de terugkerende tekorten bij gemeenten voor de zorg in het sociaal domein, die leiden tot een prikkel voor gemeenten om zorg- en ondersteuningsvragen van burgers af te wentelen op zorgkantoren of zorgverzekeraars.

De relatie tussen sturing op financiële houdbaarheid en personele tekorten
Waar de vraag naar zorg en ondersteuning sterk is gestegen, is het aanbod van zorgprofessionals structureel beperkt. In het rapport *Kiezen voor houdbare zorg* liet de WRR zien dat de personele schaarste structureel van aard is en zal aanhouden, ook al gaat er efficiënter gewerkt worden in de zorg of blijven meer mensen in de zorg werken (minder uitstroom). Voor de zorg wordt gesteld dat in 2030, onder redelijke aannames, 20% van de beroepsbevolking in de zorg moet werken om de verwachte volumegroei te kunnen opvangen. Na 2050 zou dit zo'n 30% zijn, en dit aandeel loopt op tot meer dan een derde in 2060.[59] Dat is onhaalbaar en daarnaast onwenselijk, omdat het zou leiden tot grote personeelstekorten in andere (publieke) sectoren en ongunstig is voor samenleving en economie.
De personele schaarste wordt niet alleen veroorzaakt door demografische ontwikkelingen, zoals de dubbele vergrijzing, maar ook door de focus op beheersing van financiële houdbaarheid van de zorg. Zo heeft de dominante focus op de beheersing van zorguitgaven bijgedragen aan de personele schaarste waar de zorgsector vandaag mee geconfronteerd wordt. Hoewel de regering in de afgelopen 10 jaar sterk heeft gefocust op het beheersen van zorguitgaven, is de zorgvraag niet gedaald, integendeel. Het (indirecte) gevolg daarvan is dat het aantal banen in de zorg niet is meegestegen met de toegenomen vraag en dat werkenden in zorg zijn geconfronteerd met toenemende werkdruk. Bovendien hebben groepen werkenden in de zorg – zoals verzorgenden en helpenden – te maken met een salaris waarmee zij niet of nauwelijks economisch zelfstandig kunnen zijn.[60] Ten slotte zien we dat administratieve lasten een hardnekkig probleem blijven in de zorg, niet alleen voor zorgverleners, maar ook voor zorgaanbieders.[61] Strikte voorschriften, kwaliteitsregulering en (sterk verschillende) verantwoordingseisen leiden tot afwenteling van hoge administratieve lasten op zorgverleners en aanbieders, waardoor minder efficiënt gewerkt kan worden.

De stem van burgers weegt nog te weinig mee in besluitvorming

De stem van burgers is onontbeerlijk in besluitvormingsprocessen in de zorg, maar komt nog onvoldoende tot zijn recht in het huidige zorgstelsel. En dat terwijl die stem van belang is voor inzicht in de behoeften van burgers en de waarden die zij belangrijk vinden, voor het kunnen inschatten van effecten van beleid, en voor het creëren van maatschappelijk draagvlak voor keuzes die worden gemaakt. In het huidige zorgstelsel treden verschillende partijen op als vertegenwoordiger van burgers; denk aan (ledenraden van) zorgverzekeraars en zorgkantoren, gemeenteraadsleden, het parlement, patiëntenverenigingen en in zorginstellingen cliëntenraden. Toch zijn er allerlei signalen dat burgers onvoldoende gehoord worden op het moment dat belangrijke afwegingen en keuzes worden gemaakt. Belangrijke beleidsbeslissingen worden genomen door zorgaanbieders en zorgverzekeraars met een uiterst beperkte invloed van burgers of zelfs van democratisch gekozen lokaal bestuur. Dit uit zich onder andere bij besluiten over de toekomst van de acute zorg en het al dan niet openhouden van spoedeisende hulpposten, maar ook bij het opstellen van landelijke akkoorden over de toekomst van de zorg.[62] Bovendien heerst onder burgers een gebrekkig vertrouwen in een aantal van de hen vertegenwoordigende organen, zoals de zorgverzekeraar (25% van de burgers heeft vertrouwen in zorgverzekeraars).[63]

We zien dat, mede door toenemende schaarste, de publieke waarden van zorg en ondersteuning steeds meer botsen en dat tegelijkertijd de druk om besluiten te nemen groeit. Op het moment dat de verschillende actoren in de zorg zich dan vooral exclusief focussen op betaalbaarheid, of (medische) kwaliteit van zorg, of een ander belang, groeit het risico dat voor burgers belangrijke waarden zoals toegankelijkheid het onderspit delven.

Conclusie: het stelsel ter discussie

Er wordt vaak gesteld dat stelselwijzigingen de zorg niet direct beter, toegankelijker of betaalbaarder maken en dat ze bovendien gepaard gaan met hoge transactiekosten. Dit punt werd vorig jaar opnieuw gemaakt in het WRR-rapport *Kiezen voor houdbare zorg* dat veelvuldig wordt aangehaald in debatten over de toekomst van het zorgstelsel. Het idee is dan dat ingrijpende stelselwijzigingen geen optie zijn, omdat ze veel lekverlies en transitiepijn met zich meebrengen. Maar hoewel deze constatering op zichzelf klopt – stelselwijzigingen zijn inherent lastig en ingrijpend – is dit volgens de RVS geen argument om de discussie over de opzet van het zorgstelsel niet te voeren. Het is nodig om de disbalansen in het stelsel die we in dit hoofdstuk hebben vastgesteld niet te ontwijken, maar te adresseren. Ze grijpen immers in de kern van een goed zorgstelsel in, namelijk in de publieke waarden waarin een goed zorgstelsel weet te voorzien.

In dit advies verkennen we de implicaties van onze conclusie dat discussie over de opzet van het stelsel nodig is. We verkennen welke stelselwijzigingen mogelijk zijn en wat daarvoor leidende gedachten kunnen zijn. Dat doen we echter wel vanuit de wetenschap dat er geen ‘ideaal’ stelsel is: elk stelsel zal op termijn weer worden ingehaald door veranderende realiteiten en interne of externe dynamiek. Er is eenvoudigweg geen stelsel waarin alle problemen worden opgelost. Juist daarom is het van belang dat het zorgstelsel niet alleen beter wordt ingericht voor de uitdagingen van de huidige tijd, maar ook dat het kan inspelen op (verwachte) maatschappelijke ontwikkelingen. Een goed zorgstelsel moet adaptief zijn en ook innovatief. Daarmee bedoelen we dat het zorgstelsel veldpartijen zoals inkopers, professionals en zorgaanbieders voldoende ruimte geeft om met de uitdagingen waarvoor zij gesteld zijn om te gaan en nieuwe oplossingen te zoeken. Een goed zorgstelsel schrijft daarom niet voor elk probleem de oplossing voor, maar stelt betrokkenen in staat om hun creativiteit en innovatief vermogen op de problematiek los te laten.

4 Huidige stelselproblemen in historische context

Zoals we in hoofdstuk 3 al schreven bestaat het ideale stelsel niet. Elk stelsel probeert op een eigen manier, via de prioriteiten van die tijd, invulling te geven aan de stelselproblemen die dan spelen. Daarom zetten we in dit hoofdstuk een stap terug en plaatsen we de stelselkwesties die we hebben benoemd in een historisch perspectief. Deze historische context helpt bij het doorgronden van waar de huidige knelpunten vandaan komen. De beschrijving laat zien welke onderliggende mechanismen – vaak een mix van maatschappelijke ontwikkelingen, veranderende normatieve ideeën en (onverwachte) effecten van beleid – daarin een rol spelen. Met deze beschrijving krijgen we ook een beter beeld van de rol die stelselaanpassingen hebben kunnen spelen in het bereiken van publieke doelen en waarom dat soms (onbedoeld) niet lukt.

Als kapstok gebruiken we in dit hoofdstuk de publieke waarden en doelen die door de tijd een belangrijke rol hebben gespeeld in de (her)inrichting van het zorgstelsel: toegankelijkheid en beheersbaarheid, solidariteit en eigen verantwoordelijkheid, en het voldoen aan maatschappelijke wensen en maatschappelijke houdbaarheid. We leggen in iedere paragraaf een verbinding met de knelpunten uit hoofdstuk 3. Aan het eind van het hoofdstuk vatten we samen wat we uit deze historische context leren voor de toekomst en voor onze adviezen.

4.1 De balans tussen brede toegankelijkheid en beheersbaarheid

In hoofdstuk 3 beschreven we dat steeds meer mensen niet meer de zorg krijgen die ze eigenlijk nodig hebben, mede als gevolg van fragmentatie in de organisatie en financiering en van concurrentieprikkels. Deze kwestie is een uitdrukking van een historisch terugkerende botsing tussen de doelen *toegankelijkheid* en *beheersbaarheid* van de zorg.

Brede toegang tot gezondheidszorg is sinds de invoering van het collectieve zorgstelsel een centraal beleidsdoel geweest.[64] Vanaf het Ziekenfondsbesluit in 1941 tot ver in de jaren 60 was het vergroten van de toegankelijkheid ook met stip het belangrijkste doel. De overheid richtte zich daarbij vooral op het realiseren van collectieve verzekeringen. Eerst voor werknemers en later specifiek voor andere doelgroepen, zoals 65-plussers of mensen met een beperking of een langdurige zorgbehoefte.[k] Traditioneel heeft de overheid in Nederland zich niet of nauwelijks bemoeid met de organisatie en de uitvoering van de zorg. Financiers, zorgaanbieders en zorgprofessionals geven daar in de praktijk invulling aan en bepalen zo met elkaar tot welke specifieke zorg burgers toegang krijgen, in welke vorm en tegen welke (kwaliteits) voorwaarden. Burgers hebben daarbij de vrijheid om te kiezen bij welke zorgverlener

k Het Ziekenfondsbesluit introduceerde een verplichte verzekering voor werknemers onder een bepaalde loongrens. Daarna kwamen er specifieke verzekeringen voor bijvoorbeeld 65-plussers (Bejaardenverzekering in 1957) en mensen met beperking of langdurige zorgbehoefte (AWBZ, 1968). De Ziekenfondswet verving in 1964 het Ziekenfondsbesluit (in aangepaste vorm).

ze zorg willen ontvangen. De overheid richt zich dus vooral op het borgen van collectieve financiering. Deze verhouding tussen overheid en 'veld' zien we ook terug in de opzet van het huidige stelsel: in lijn met het doel van brede toegang staat in wetten relatief 'open' omschreven welke zorg burgers kunnen ontvangen vanuit de verschillende wetten. Zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten hebben volgens de wet een verplichting om voldoende zorg in te kopen, maar ook deze zorgplicht is in algemene termen omschreven.

Sinds eind jaren 60 is het doel van brede toegang meermaals gaan wringen met een ander beleidsdoel: dat van uitgavenbeheersing. De overheid zag de zorguitgaven harder groeien dan de economie en maakte zich zorgen over de verdringing van andere publieke uitgaven en de collectieve-lastendruk.[l] Vanaf medio jaren 70, aangedreven door de economische crisis, kreeg en nam de overheid beleidsinstrumenten in handen om de uitgaven te beheersen. Zo ging zij tarieven reguleren en met de invoering van de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) budgetten van zorginstellingen vaststellen.[m] Deze manier van ingrijpen werd echter stevig bekritiseerd door het zorgveld. Mede door deze weerstand werden andere ordeningsvarianten uitgedacht, zoals een meer op concurrentie gericht zorgstelsel, uitgewerkt in onder meer het plan-Dekker (1987). Het duurde nog tot begin van deze eeuw voordat de omslag naar dit type stelsel daadwerkelijk werd gemaakt. In de nota Vraag aan bod (2001) beschreef de overheid 3 specifieke knelpunten die een omslag op dat moment noodzakelijk maakten: aanbodsturing leidde tot te weinig prikkels voor goede en doelmatige zorg; inkopers (verzekeraars) hadden te weinig mogelijkheden om regie te voeren en burgers te weinig keuzevrijheid; en de schotten tussen de Ziekenfondswet en de AWBZ belemmerden de totstandkoming van een samenhangend zorgaanbod.[n] Oplopende wachtlijsten – en uitgaven om die weg te werken – creëerden uiteindelijk extra urgentie om het stelsel daadwerkelijk aan te passen. Het verbeteren van de toegang botste op dat moment sterk met de wens tot uitgavenbeheersing. De gedachte was dat toegankelijkheid en betaalbaarheid meer hand in hand zouden gaan met de introductie van gereguleerde concurrentie – en de afschaffing van de gescheiden verzekeringen voor mensen onder een bepaalde inkomensgrens (verzekerd via het Ziekenfonds) en voor mensen boven die grens (privaat verzekerd). In de praktijk is echter gebleken dat ook in dit type stelsel de balans tussen deze doelen niet zomaar tot stand komt. Sterker nog, tijdens een nieuwe economische crisis eind jaren nul kwam de overheid tot de conclusie dat extra overheidsmaatregelen nodig waren om de uitgaven te beheersen. Zo begon zij met het sluiten van hoofdlijnenakkoorden – met afspraken over maximale financiële groei – voor uiteindelijk vrijwel alle zorg in de Zvw.

l Uit een Kamerdebat in 1966: de kosten van de zorg hebben "de grens van het mogelijke" bereikt. Uit: WRR, 2021. Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief.

m Sinds 1965 bestond de Wet ziekenhuistarieven (WZT), maar de mogelijkheid om tarieven te regulering nam pas echt stevig vorm aan met de introductie van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) in 1980. De WTG werd in 1983 omgevormd tot een echte budgetteringswet. Naast tariefregulering en budgettering probeerde de overheid de ziekenhuisbouw te beheersen via bouwplafonds en – vergunningen en instroombeperkingen voor opleidingen van zorgprofessionals. Ook eigen betalingen werden ingevoerd voor specifieke vormen van zorg.

n Zo werden zorgverzekeraars geprikkeld om kosten af te wentelen op de AWBZ en eigen bijdragen in de AWBZ stimuleerden om meer zorg vanuit Zvw af te nemen.

Toegankelijkheid en beheersbaarheid in de langdurige zorg
De botsing tussen brede toegang en uitgavenbeheersing is ook zichtbaar geweest in andere domeinen dan de curatieve zorg. Na jaren van steeds verdere uitbreiding van de AWBZ werd eind jaren nul geconcludeerd dat deze te omvangrijk was geworden. Dit leidde in de nasleep van de economische crisis tot een stelselwijziging in 2015. De nieuwe Wlz werd ingevoerd met striktere toegangsvoorwaarden en zorg werd gedecentaliseerd van de AWBZ naar gemeenten (en daarnaast deels naar zorgverzekeraars). Deze decentralisatie ging gepaard met een strikt budgettair kader (een bezuiniging ten opzichte van het voorgaande AWBZ-budget).

De geschiedenis laat zien dat uitgavenbeheersing en toegankelijkheid doelen zijn die op allerlei momenten met elkaar schuren. Dit is niet het product van een bepaald type zorgstelsel, maar een inherente eigenschap van elk stelsel. Deze inherente spanningen komen vaak scherp naar voren bij ontwikkelingen buiten de zorg om, zoals een economische crisis of de vergrijzing. Op kritieke momenten – en bij veranderende normatieve overtuigingen – wordt soms overgegaan tot een ander type stelsel. Op andere momenten zijn ingrepen in het stelsel minder groot. Bijsturen blijkt wel continu nodig.

Hoewel de spanning deels onvermijdbaar is, valt wel op dat het beleid de balans tussen toegankelijkheid en beheersbaarheid kan doen doorslaan, doordat een specifiek doel hoge prioriteit krijgt en beleidsinstrumenten te veel op één doel worden gericht. Zo is uitgavenbeheersing door de tijd heen hét dominante criterium geworden bij het maken van afwegingen in het landelijke beleid; denk aan de doelen van de hoofdlijnenakkoorden, de bezuinigingen bij de decentralisaties en het invoeren van eigen bijdragen.[65] Toegankelijkheid weegt mee – de overheid zorgt voor collectieve verzekeringen – maar dit is verder zeer algemeen omschreven in de wet, en wie tot welke zorg toegang heeft is vooral iets ‘van het veld’, zelfs op het moment dat de toegang stevig onder druk staat. Op landelijk niveau wordt dus eigenlijk niet of nauwelijks een expliciete, transparante afweging gemaakt zodra beide doelen elkaar in de weg zitten. Daarbovenop leidt *de wijze* waarop uitgavenbeheersing wordt uitgevoerd tot belemmeringen op het gebied van toegang. Een rode draad in die uitvoering is namelijk het sturen op de uitgaven van ieder domein (Zvw, Wlz, Wmo) en iedere sector afzonderlijk, en daarbinnen op de uitgaven van iedere individuele aanbieder. Financiers worden geprikkeld om de uitgaven van het eigen domein te beheersen of zelfs zorg(kosten) op elkaar af te wentelen.[66] *Bìnnen* de verschillende domeinen is sprake van eenzelfde soort dynamiek. Via budgettaire kaders, akkoorden en inkoopprocessen is het doel om de uitgaven per sector (bijvoorbeeld de huisartsenzorg, ggz, wijkverpleging) te beheersen dominant. Dit bedreigt de toegang tot een samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning over sectoren en domeinen heen, dat voor de groeiende groep kwetsbare burgers juist steeds meer nodig is (zie paragraaf 3.1).

4.2 De balans tussen eigen verantwoordelijkheid, solidariteit en rechtvaardigheid

In de geschiedenis van het zorgstelsel is een continue zoektocht zichtbaar naar de balans tussen eigen verantwoordelijkheid, solidariteit en rechtvaardigheid. Vergelijkbaar met toegankelijkheid is solidariteit doorlopend een centrale pijler geweest van het Nederlandse zorgbeleid. In de eerste decennia van het collectieve zorgstelsel is dit uitgewerkt in de vorm van toegang tot collectieve verzekeringen voor steeds meer burgers. Het vergroten van de reikwijdte van collectieve verzekeringen bood meer burgers financiële toegang tot zorg. Deze lijn paste in de tijdsgeest waarin solidariteit zich vooral uitte in de verdere uitbouw van de Nederlandse verzorgingsstaat. Burgers nemen zo ook de verantwoordelijkheid om financieel bij te dragen aan de zorg voor anderen.

Tegen de achtergrond van een economische crisis – vanaf eind jaren 70 – en toenemende kritiek op de rol van de overheid en op de steeds verdere uitbreiding van de verzorgingsstaat, kwam meer nadruk te liggen op eigen verantwoordelijkheid. In het politieke debat verschoof de aandacht van het uitbreiden van sociale voorzieningen naar meer individuele verantwoordelijkheid om het collectieve stelsel financieel overeind te houden. In eerste instantie uitte dit zich vooral in nieuwe maatschappelijke idealen en overtuigingen van de ‘zorgzame samenleving’ en in oproepen om burgers meer te stimuleren zelfredzaam te zijn. In het zorgbeleid betekende dit niet zozeer een roep om het collectieve stelsel af te schaffen, maar leidde het wel tot aanpassingen in de financiering van de zorg. Zo werden tarieven en budgetten begrensd en introduceerde de overheid begin jaren 80 eigen bijdragen, als eerste voor plastische chirurgie, kraamzorg en ziekenvervoer. Een paar jaar later volgde ook een kleine eigen bijdrage voor geneesmiddelen.[o]

De stelselwijzigingen van 2006 en 2015 bouwen verder voort op dit paradigma van eigen verantwoordelijkheid. Bij de invoering van de Wmo werd het ideaal dat burgers zelfredzaam willen zijn en zo veel mogelijk hulp ontvangen vanuit hun sociale netwerk het uitgangspunt van beleid. Tegelijkertijd diende dit ideaal ook bij te dragen aan uitgavenbeheersing van de collectief verzekerde zorg en ondersteuning.[67] Bovendien werden burgers bij de invoering van de Zvw steeds meer gezien als kritische en bewuste ‘zorgconsument’. Dit uitte zich onder andere in de zorgverzekeringspremie die van ‘voldoende omvang’ moest zijn om het kostenbewustzijn van burgers te vergroten.

o Mede door de oplopende werkloosheid ontstond momentum om dergelijke ingrepen in de collectieve verzekering te doen, aangezien deze ingrepen leidden tot een verlaging van werkgevers en werknemerslasten.

Hoogte van de nominale premie
In de Ziekenfondswet werd in 1992 een nominale premie van beperkte omvang ingevoerd naast een inkomensafhankelijke premie. Door de beperkte omvang van de nominale premie waren de verschillen relatief groot tussen het best presterende fonds (in termen van premiehoogte) en het slechtst presterende. Bij de overstap naar de Zvw in 2006 werd deze lage nominale premie niet overgenomen, vanuit de gedachte dat burgers zo sterker zouden voelen dat zorg duur is en dat zij een verantwoordelijkheid hebben in het beheersen van de collectieve uitgaven. Om ongewenste en onrechtvaardige effecten van de hogere nominale premie te voorkomen, werd de zorgtoeslag ingevoerd. Zoals omschreven in paragraaf 3.2 brengt deze zorgtoeslag echter nieuwe problemen met zich mee, onder andere omdat de regels complex zijn, en krijgen burgers daardoor niet altijd de zorg die ze nodig hebben.

Als we kijken naar de financiering van zorg en ondersteuning, dan lijken eigen verantwoordelijkheid, solidariteit en rechtvaardigheid op het eerste gezicht op één lijn te liggen; we financieren zorg en ondersteuning uit belastingen en verplichte (deels inkomensafhankelijke) premies; de sterkste schouders dragen de zwaarste lasten. We vragen mensen om zelf bij te dragen in de vorm van eigen betalingen, en het niveau van eigen betalingen is in Nederland laag in vergelijking met dat andere westerse landen.[68]

Zoals we in hoofdstuk 3 ook lieten zien blijken het in de praktijk echter spanningsvolle waarden. Eigen betalingen zorgen niet alleen voor kostenbewustzijn en het mogelijk vermijden van onnodig zorggebruik (eigen verantwoordelijkheid), maar leiden ook tot het uitstellen van noodzakelijke zorg. Daar komt bij dat een aanzienlijke en groeiende groep vooral kwetsbare burgers zorg ontvangt vanuit meerdere domeinen en daardoor te maken krijgt met een stapeling van eigen betalingen. De balans is dus te veel doorgeschoten naar beroep op eigen verantwoordelijkheid. De kwetsbaarste burgers kunnen steeds minder rekenen op een solidair stelsel dat in de zorg voorziet die zij nodig hebben.

4.3 De balans tussen maatschappelijke wensen, stelselbeloften en maatschappelijke houdbaarheid

In paragraaf 3.3 beschreven we dat afwegingen tussen publieke waarden moeilijk tot stand komen. In de historie van het stelsel is dit een terugkerend vraagstuk. Op basis van maatschappelijke wensen worden aan het stelsel meerdere beloften gekoppeld (toegang, keuzevrijheid, kwaliteit, betaalbaarheid). Deze beloften en waarden kunnen echter botsen; op dat moment lijkt het stelsel niet goed ingericht om een maatschappelijk houdbare afweging te maken.

Maatschappelijke wensen met betrekking tot zorg en ondersteuning zijn niet alleen ingegeven door de aard van de zorgvraag, maar ook door aannames over hoe de zorg werkt en wat haalbaar of mogelijk is. Die wensen veranderen door de tijd. Zo werd in de jaren 60 al politieke discussie gevoerd over de vraag of de kosten van de zorg

niet ‘de grens van het mogelijke’ hadden bereikt, terwijl het uitgavenniveau nog een stuk lager lag dan nu.[p, 69] Dit betekent niet dat de politieke discussie destijds niet geëigend was, maar illustreert vooral dat ideeën over de grens van de zorguitgaven kunnen veranderen. Er zijn ook aanwijzingen dat de bereidheid om meer uit te geven aan zorg groeit op het moment dat samenlevingen welvarender worden.[70] Ook technologische ontwikkelingen creëren andere wensen voor het oplossend vermogen van de zorg. Die andere wensen ontstaan niet vanzelf, maar worden aangedreven door zorgprofessionals en -aanbieders die nieuwe mogelijkheden in de praktijk gaan aanbieden. Tegenover maatschappelijke wensen staan stelselbeloften. Aan de opzet van het zorgstelsel zijn door de historie heen vaak meerdere beloften gekoppeld. Sinds de *Structuurnota Gezondheidszorg* van 1974 worden de beloften van betaalbare zorg, kwalitatief goede zorg en toegankelijke zorg vaak in één adem genoemd; zo ook in de huidige Zvw. Iedere zorgwet kent daarnaast vaak nog eigen specifieke beloften; zo beschrijft de Jeugdwet specifiek de belofte van het bieden van maatwerk en verminderen van lastendruk voor professionals.

In de praktijk blijkt terugkerend dat maatschappelijke wensen en stelselbeloften niet in balans zijn. Aannames of verwachtingen over wat burgers, zorgprofessionals en -organisaties doen, hoe zij zich gedragen en wat hen drijft, blijken in de praktijk spanningsvol. Een voorbeeld is de aanzuigende werking van het abonnementstarief in de Wmo. Het was niet de verwachting van de overheid dat vermogende ouderen hier grootscheeps gebruik van zouden gaan maken. Een ander voorbeeld is de veronderstelling dat de burger of patiënt op basis van kwaliteit en prijs kiest voor de voor hem of haar optimale zorgaanbieder. Zo blijkt uit onderzoek dat burgers zich bij de keuze voor een medisch specialist of ziekenhuis meer laten leiden door het advies van de huisarts dan door informatie over kwaliteit of prijs. In de paragrafen 4.1 en 4.2 lieten we zien dat stelselbeloften onderling uit balans raken. Zo zien we dat de belofte van toegankelijke zorg steeds verder onder druk komt voor specifieke groepen en dat een toenemend beroep op eigen verantwoordelijkheid kan schuren met de draagkracht van burgers.

Op het moment dat de verwachtingen en aannames van burgers en overheid onvoldoende op elkaar aansluiten of als idealen en beloftes in de praktijk anders uitpakken, kan dit het vertrouwen in en de maatschappelijke houdbaarheid van zorg en ondersteuning schaden (in ieder geval op korte termijn). Dit gebeurt wanneer burgers op individueel niveau andere zorg ontvangen dan ze verwachten. Maar ook meer lokaal of regionaal zien we dat bijvoorbeeld sluitingen van SEH’s of huisartsenposten tot protesten leiden, omdat burgers andere verwachtingen hebben van de zorg. Op landelijk niveau komt deze schuring nogal eens tot uiting in discussies over het basispakket. Het niet (meer) collectief vergoeden van specifieke behandelingen en geneesmiddelen gaat tegen de algemene belofte van toegankelijkheid en de verwachtingen van burgers in. Discussies over het wel of niet vergoeden van bijvoorbeeld anticonceptie, het medicijn Orkambi (2018) of vitamine D (recent) leidden in het verleden tot langdurige politieke debatten en onrust onder groepen patiënten.

p De zorguitgaven bedroegen destijds 4 à 5 % van het BBP, tegenover ruim 10% nu. Zie eindnoot 61.

Bovendien verhult de focus van de discussie op het wel of niet toelaten van nieuwe geneesmiddelen of technologie, dat er elders in de zorg verdringingseffecten kunnen ontstaan. Anders gezegd, het toelaten van dure zorg tot het basispakket betekent ook dat andere dingen niet kunnen worden gedaan.

In het balanceren tussen het willen voldoen aan maatschappelijke verwachtingen, stelselbeloften en nieuwe omstandigheden is het van cruciaal belang *hoe* de overheid (inclusief de politiek) keuzes maakt, namelijk op een maatschappelijke houdbare manier. Zeker in tijden van schaarste neemt de druk op de overheid om in te grijpen toe. Op die momenten komen verschillen in verwachtingen tussen burgers en overheid, en botsingen tussen stelselbeloften extra scherp naar boven en is het juist van belang om als overheid een actieve rol te spelen in het maken van afwegingen en burgers te betrekken. Traditioneel positioneert de rijksoverheid zich echter ‘op afstand’ van het zorgveld, zeker als het gaat om keuzes over de organisatie, de kwaliteit van de zorg en de impact daarvan op toegankelijkheid. Een prangend voorbeeld nu is de groeiende groep kwetsbare burgers die geen toegang heeft tot zorg of verkeerde, slecht samenhangende zorg ontvangt (zie paragraaf 3.1 voor voorbeelden uit de ggz en de ouderenzorg). In het landelijke beleid gaat het – zeker op kritieke momenten waarop keuzes verwacht worden – vooral over het stellen van grenzen aan budgetten van sectoren of domeinen. Deze opstelling vormt een risico voor de maatschappelijke houdbaarheid van het stelsel. Dit risico wordt versterkt door hoe het proces van besluitvorming tot stand komt. Bovendien valt op dat de betrokkenheid van burgers op meerdere niveaus – denk aan discussies over de herstructurering van het acute zorglandschap of grote landelijke plannen als het Integraal Zorgakkoord – beperkt is. Daarentegen hebben vertegenwoordigende verenigingen van (specifieke) zorgberoepsgroepen, zorgaanbieders en financiers een heel sterke stem en heeft de overheid moeite om zich daar op een goede manier toe te verhouden. De maatschappelijke houdbaarheid van besluitvorming is daarmee onvoldoende geborgd.

4.4 Historische lessen

De historische beschrijving in dit hoofdstuk laat zien dat de knelpunten in het huidige zorgstelsel niet op zichzelf staan. Ze zijn een illustratie van het nastreven van verschillende waarden en doelen van het zorgstelsel die in de historie meermaals – en in verschillende varianten van het stelsel – met elkaar op gespannen voet hebben gestaan. We zien dat waarden en doelen uit balans raken door maatschappelijke of economische ontwikkelingen, maar ook door *hoe* we die vertalen in de opzet van het zorgstelsel. Soms blijkt dat de theorie achter de manier waarop het stelsel zou moeten werken anders uitpakt in de praktijk en soms zorgen specifieke beleidsinstrumenten ervoor dat het ene doel veel meer gewicht heeft gekregen dan het andere.

Het hoofdstuk illustreert bovendien nog eens hoe het ingrijpen in het zorgstelsel samenhangt met de mate waarin urgentie wordt gevoeld (financieel-economisch of in tekortschietende kwaliteit of toegankelijkheid) en met de mate waarin normen en idealen over de rol van de overheid, sectoren en burgers veranderen. Hoe groter de gevoelde urgentie en hoe sterker het beeld dat een andere rol voor de overheid of sector gewenst is, hoe groter de ruimte voor stelselaanpassingen of stelselherziening.



Grotere beleidswijzigingen zien we met name in tijden van economische crisis of sterke stijging van de uitgaven aan zorg en ondersteuning, waaruit blijkt dat de overheid in de afgelopen decennia het sterkst een rol heeft gespeeld in het sturen op uitgavenbeheersing.

Dat stelselaanpassingen niet altijd opleveren wat ervan wordt verwacht, of dat sommige knelpunten of spanningen in de tijd terugkeren, betekent niet dat stelselaanpassingen geen zin hebben. We hebben hiervoor laten zien dat het huidige stelsel niet helpt om de maatschappelijke uitdagingen van deze tijd tegemoet te treden en aanbieders en professionals van zorg en ondersteuning de stroom mee te geven. Het aanpassen van het zorgstelsel is daarom een belangrijk middel om de organisatie van zorg en ondersteuning beter te laten aansluiten bij een veranderende maatschappelijke context. Eerder in dit advies beschreven we dat stelselaanpassingen worden doorgevoerd wanneer de prestaties van het zorgstelsel niet meer voldoen aan maatschappelijke verwachtingen en er alternatieve ideeën zijn over de manier waarop zorg en ondersteuning georganiseerd zouden kunnen worden. We zien nog geen alternatieve omvattende beleidstheorie, maar nieuwe ideeën over de rol van de overheid versus die van het veld, of over het ideaal van betere samenwerking in de zorg (in de regio) krijgen steeds meer gestalte. Volgens de RVS is het juist nu van belang verder te doordenken welke – eventueel verdergaande – stelselaanpassingen bij deze ontwikkeling passen. Dit om te voorkomen dat in tijden van grote urgentie stelselaanpassingen worden gedaan waarbij de balans tussen publieke waarden en doelen uit het oog wordt verloren (denk bijvoorbeeld aan het invoeren en verhogen van eigen betalingen ten tijde van eerdere financiële crises, met grote ongewenste effecten voor kwetsbare groepen).

5 Voorwaarden voor een duurzaam en adaptief zorgstelsel

In dit hoofdstuk beschrijven we een aantal belangrijke voorwaarden voor een duurzaam en adaptief zorgstelsel dat beter is ingericht voor het omgaan met de uitdagingen van vandaag en morgen. We bouwen daarbij voort op hoe we het zorgstelsel zien: als een assemblage van aannames, wetten en regels, instituties en gedrag in de praktijk (zie hoofdstuk 2). Het veranderen van de werking van het zorgstelsel is complex: het is niet alleen technisch en juridisch ingewikkeld, maar vraagt ook om het veranderen van diepgewortelde aannames die eraan ten grondslag liggen, en om een aanpassing van de manier waarop bestaande actoren – inclusief de rijksoverheid zelf – invulling geven aan hun rol en positie in het stelsel. Met andere woorden, het proces van stelselverandering kan gezien worden als een brede en majeure transitie, die gaat om het veranderen van gedrag van betrokkenen bij het stelsel, om de aannames waarop dat gedrag is gestoeld, om mensbeelden, en om de structuren, wetten, regels en kaders die dat gedrag leiden. Dat is waar het ons om te doen is: een stelsel dat anders werken, denken en doen mogelijk en logisch maakt, en waarmee we de maatschappelijke uitdagingen van deze en de komende tijd weer beter tegemoet kunnen treden.

We gaan in dit hoofdstuk in op de voorwaarden voor een dergelijke verandering. Volgens de RVS vraagt dit als eerste een herwaardering van het publieke karakter van zorg en ondersteuning. We formuleren een hernieuwde invulling (weging) van de publieke doelen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Tegen deze achtergrond beschrijven we vervolgens wat een proces van stelseltransitie vraagt van partijen die op dit moment een belangrijke institutionele rol spelen in het zorgstelsel, maar ook van groepen die nog vaak ongehoord blijven.

5.1 Herwaarderen van het publieke karakter van zorg en ondersteuning

In het zorgstelsel moet volgens ons het publieke karakter van zorg en ondersteuning weer leidend zijn. Dat betekent dat zorg en ondersteuning geen afgebakende producten zijn, maar publieke diensten die inherent van waarde zijn voor de samenleving. De problemen die we in hoofdstuk 3 signaleerden, houden verband met een bedrijfsmatige manier van denken over het karakter van zorg en ondersteuning. Vanuit deze logica is gezondheid grotendeels een individuele aangelegenheid en is het zorgstelsel vooral een maatschappelijke kostenpost die beteugeld moet worden. Het doorbreken van deze logica betekent volgens de RVS dat het zorgstelsel juist gebaseerd zou moeten zijn op een brede blik op gezondheid en gezondheidsverschillen, dat het recht op medische en preventieve zorg en ondersteuning beter verbonden wordt, en dat het stelsel ruimte biedt voor het omgaan met veranderende maatschappelijke

ontwikkelingen.[q] Het herwaarderen van het publieke karakter van zorg en ondersteuning betekent bovendien dat de traditionele publieke doelen (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) een hernieuwde invulling krijgen (zie tabel 2).

Volgens de Raad heeft van deze drie het herwaarderen van *toegankelijkheid* de hoogste prioriteit. Dit doel heeft in de afgelopen decennia te weinig aandacht gehad en sneeuwde onder bij het streven naar beheersing van zorguitgaven en (medische) kwaliteit. Bovendien is toegankelijkheid van zorg de afgelopen jaren vooral uitgelegd als toegang tot een brede basisverzekering, maar toegankelijkheid vraagt meer dan dat. Het voornaamste doel van deze herwaardering is daarom het realiseren van een toegankelijk en samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning, met extra oog voor kwetsbare burgers die zorg uit meerdere sectoren en domeinen nodig hebben. Daarnaast verdient toegankelijkheid als zodanig herwaardering, ook in situaties waarin specifieke vormen van zorg steeds meer onder druk staan, zoals de specialistische ggz of huisartsenzorg. Immers, zonder goede toegang geen adequate zorg. Toegang is een buitengewoon praktische omstandigheid, in de meest letterlijke vorm de mogelijkheid om de zorg en ondersteuning te krijgen die nodig is. Die is nu voor te veel mensen afwezig.

Betaalbaarheid van zorg op macroniveau is nog altijd een relevant doel, maar de uitwerking ervan (in beleidsinstrumenten) dient veel meer ten dienste te staan van het realiseren van een samenhangend zorgaanbod over sectoren en domeinen heen. De gefragmenteerde financiering en taken en verantwoordelijkheden van zorginkopers maken dat sector- en domeinoverstijgende zorg moeilijk van de grond komt. Met andere woorden, de wijze waarop uitgavenbeheersing wordt uitgevoerd dient bij te dragen aan het verminderen van fragmentatie in plaats van deze te versterken, met meer aandacht voor de toegevoegde waarde van zorg in plaats van de precieze uitvoeringskosten. Daarnaast dient het streven naar betaalbaarheid van zorg veel meer gezien te worden als een solidariteits- en rechtvaardigheidsvraagstuk: hoe kunnen we de lasten voor de zorg en ondersteuning die we collectief organiseren zo verdelen dat burgers een eerlijke kans hebben op het ontvangen van de zorg en ondersteuning die ze nodig hebben? Vanuit die invalshoek is het vervolgens nog steeds mogelijk en nodig om aan uitgavenbeheersing te doen, maar nadrukkelijk in die volgorde. Tenslotte dient betaalbaarheid van de zorg minder te worden gezien als de (on)wenselijkheid van het beslag leggen op een bepaald percentage van het bruto nationaal product en meer als onderdeel van het totale budget te besteden aan publieke voorzieningen, alsmede wat deze voorzieningen voor opbrengsten kunnen genereren zoals een gezondere en meer productieve beroepsbevolking.

Kwaliteit is in de zorg altijd een kernwaarde, maar de manier waarop kwaliteit wordt bepaald en uitgewerkt moet veel meer ten dienste staan van de context van degene die zorg en/of ondersteuning ontvangt. ‘Kwaliteit van zorg’ is een dynamisch en relationeel begrip, dat ontstaat in de interactie tussen zorgverleners en patiënten. Dat vraagt iets van de manier waarop we kwaliteit normeren en vervolgens in de

q Uiteraard vraagt een brede blik op gezondheid ook om oplossingen en (beleids)interventies in andere domein zoals onderwijs of schuldhulpverlening. Deze vallen buiten de scope van dit advies.

praktijk brengen. Bij het normeren en vastleggen van *kwaliteit* van zorg zou meer aandacht moeten zijn voor de relatie tussen medisch-inhoudelijke kwaliteit van zorg en de toegankelijkheid van zorg in de praktijk. Kwaliteit van zorg mag dus niet als argument gebruikt worden voor vormen van (super)specialisatie die relatief weinig toevoegen aan het leven van burgers. Bij het in de praktijk brengen van kwaliteit van zorg moet 'leren' voorop staan, zodat zorgverleners ruimte krijgen voor het continu verbeteren van kwaliteit.

Tabel 2: Hernieuwde invulling van publieke waarden van zorg en ondersteuning

Publieke waarde	**Hernieuwde invulling**
Toegankelijkheid van zorg en ondersteuning	Toegang tot een brede verzekering, maar bovenal tot een laagdrempelig en samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning waarbinnen medisch en sociaal domein naadloos op elkaar aansluiten Toegankelijkheid ook in termen van begrijpelijkheid voor burgers om te weten waar ze moeten zijn en wat hun rechten zijn
Betaalbaarheid van zorg en ondersteuning	Van betaalbaarheid van specifieke vormen van zorg en ondersteuning naar betaalbaarheid van het totaal (vanuit burgerperspectief) Van betaalbaarheid naar solidariteit en rechtvaardigheid: gericht op het collectiever financieren van zorg en ondersteuning en op een verdeling van lasten naar draagkracht
Kwaliteit van zorg en ondersteuning	Kwaliteit sluit aan bij de context van degene die zorg en/of ondersteuning ontvangt Kwaliteit gaat over het bereiken van voor de burger relevante uitkomsten, niet over bescherming van beroepsbelangen of over een precieze beschrijving en uitwerking van benodigde input (mensen en middelen)

5.2 Een andere rol van overheidsorganisaties en systeempartijen

De rijksoverheid: van stelselsupporter naar stelselvormer

Zowel het proces van transitie als het vormgeven aan het publieke karakter van het zorgstelsel betekent volgens ons dat de rol van de landelijke overheid als stelselverantwoordelijke aan herziening toe is. De overheid zou actiever aan het stuur moeten zitten als het gaat om het inrichten van het stelsel, het herwaarderen en afwegen van verschillende publieke waarden en het realiseren van randvoorwaarden voor een goed functionerend zorgstelsel. De overheid moet het niet 'allemaal zelf doen', maar moet wél nadrukkelijk meer verantwoordelijkheid nemen voor het stelsel en hoe het er – in lijn met ons brede stelselbegrip – in het stelsel concreet aan toegaat. Dat vereist geen rol boven het stelsel, maar een rol er middenin, met en naast de andere partijen die er in het stelsel toe doen. Uiteindelijk met als doel om aanbieders en professionals van zorg en ondersteuning de stroom mee te geven en de transformatie van zorg en ondersteuning te leiden. We adviseren de overheid dan ook om de rol van systeemverantwoordelijke minder in te vullen als *stelselsupporter*, op relatieve afstand van het zorgstelsel. Geconfronteerd met maatschappelijke problemen, zoals stijgende kosten of tekortschietende toegankelijkheid van zorg, was de inzet van de rijksoverheid de afgelopen decennia steeds gericht op het *aanmoedigen* van de spelers binnen het stelsel (inkopers, professionals en aanbieders) om zich anders te gedragen. Om zich vervolgens, waar aanmoediging niet het gewenste effect had of zich incidenten voordeden, ook weer veel te veel met microsturing in te laten. De overheid sprak zich bijvoorbeeld uit over welke specifieke vormen van zorg of behandelingen de voorkeur zouden moeten krijgen (bijvoorbeeld digitaal versus fysiek) en welke initiatieven voorbeelden zijn van 'goede zorg'.[r] Of te veel op afstand, of veel te nabij. Dat moet en kan anders.

De RVS pleit ervoor dat de rijksoverheid zichzelf in de komende jaren meer nadrukkelijk positioneert als *stelselvormer*. De overheid legt momenteel vooral de nadruk op het creëren van randvoorwaarden zodat anderen hun verantwoordelijkheid kunnen pakken. Dat leidt al snel tot technocratische uitvoering, maar in de praktijk ook tot onduidelijkheden en soms tot rolverwarring, met name bij complexe problemen.[71] De Raad acht het wenselijk dat de overheid actief de relatie legt tussen de breed gedeelde problemen in de zorg en de opzet van het zorgstelsel. Zij draagt actief de publieke waarden uit die de grondslag vormen van de zorg en transformeert van daaruit ook juridische en institutionele aspecten van het stelsel (in hoofdstuk 6 werken we verder uit voor welke aspecten dit volgens de RVS nodig is). Deze nieuwe rolopvatting van de overheid zal onvermijdelijk tot politiek debat leiden: achter veel van de huidige problemen in de zorg gaan immers normatieve vraagstukken schuil. Is keuzevrijheid belangrijker dan toegankelijkheid? Gaat het om de (medisch gezien) best mogelijk zorg, of is de beschikbaarheid van zorg belangrijker? Dit zijn normatieve kwesties, die vragen om een politieke afweging. Onze oproep aan de rijksoverheid betekent dus ook niet alleen een oproep aan een ministerie, maar ook expliciet aan de regering om afwegingen te maken en daarover op transparante wijze in debat te gaan met het parlement. Het is aan de rijksoverheid om normatieve vragen te

r Zie eindnoot 55: daarin schetsen we welk type vraagstukken meer op landelijk niveau en welke meer op lokaal niveau geadresseerd moeten worden.

agenderen en een afweging te maken, in plaats van deze normatieve vragen toe te dekken en/of te delegeren aan derden. Dat betekent dat de overheid zelf kleur bekent en richting geeft, daarmee ook verantwoordelijkheid neemt, en dus ook kwetsbaar is voor kritiek. De tijd en de problematiek zijn daar ook naar. Een zorgstelsel waarin het publieke karakter van zorg en ondersteuning centraal staat kan niet zonder een overheid die positie inneemt en daarmee ook politiek is.

Bij deze andere invulling van systeemverantwoordelijkheid hoort ook een tijdshorizon voorbij de duur van een kabinetsperiode. Zorg en ondersteuning vereisen een visie die voorbij 4 jaar gaat. Transformaties in de praktijk van de zorg zijn niet van de ene op de andere dag geregeld. Er is dus ruimte nodig – ook voor beleidsmakers – om verder te kijken dan kortetermijnafspraken uit een regeerakkoord of de akkoorden met de sector (zoals het IZA en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en te doordenken welke juridische, normatieve en institutionele aspecten van het stelsel (groot) onderhoud behoeven. Zo kunnen stseloplossingen worden uitgedacht en ingevoerd die langer dan een paar jaar meegaan en het zorgstelsel structureel vooruit kunnen helpen.

Los van inhoudelijke verantwoordelijkheid voor het aanpassen van het zorgstelsel zal de overheid regie moeten nemen over het proces van verandering zelf. In het sturen op een samenhangend en toegankelijk aanbod van zorg en ondersteuning zullen zich onvermijdelijk onbedoelde gevolgen voordoen, in relatie tot stelsels buiten het VWS-domein of tot andere bestuurslagen. Het is van belang daar direct op te reflecteren en zo nodig tot aanpassing te komen, anders gezegd: om tot lerende systemen te komen. Dat vraagt om ondersteuning en regie.

Bij de noodzakelijke transitie zullen ook tegenstrijdige deelbelangen of doelen naar boven komen van waaruit weerstand kan ontstaan. Dit kan bijvoorbeeld gaan over beroepsgroepen die ervaren dat hun positie wordt bedreigd omdat taken veranderen, of over financiers die nog blijven hangen in traditionele manieren van sturen met financiële targets per sector, of over het niet kunnen verminderen van vaste lasten. Voor het omgaan met weerstand en deelbelangen zijn verschillende strategieën denkbaar:[72] van het bieden van financiële compensatie om partijen meer comfort te bieden tot stevigere systeemingrepen (marktmacht reguleren of ingrijpen in organisatievormen zoals de mogelijkheden voor vrije vestiging). De overheid zal nadrukkelijker dan nu een strategie moeten ontwikkelen voor hoe met dergelijke weerstanden moet worden omgegaan: soms meebewegen, maar elders ook tegenduwen.

Betere samenwerking tussen ministeries, bestuurslagen en systeempartijen

Hoewel we het hebben over een sterkere en meer sturende rol van de rijksoverheid gaat het ons nadrukkelijk ook om een actief samenspel *tussen* ministeries, bestuurslagen en systeempartijen. Een sterke, leidende en sturende overheid doet het *samen* met anderen. Dat betreft allereerst de samenwerking tussen ministeries: volksgezondheidsvraagstukken hebben immers vaak hun oorsprong in andere problemen (denk aan schulden, slechte woningen of luchtkwaliteit) waar andere ministeries voor verantwoordelijk zijn. Als we publieke waarden centraal stellen, vergt dat een sturing op missies en doelen over departementen heen in plaats van

enkel een systeemverantwoordelijkheid van elke afzonderlijke minister.[73] Het vergt ten tweede een betere afstemming met andere bestuurslagen, zoals de regio en het lokaal bestuur. Vaak is nu niet duidelijk wie precies waarvoor verantwoordelijk is, of verschuiven grenzen, zoals bij de aanpak van corona. Zo werkt de voortdurende discussie tussen rijk en gemeenten over organisatie en financiering van de jeugdzorg verlammend op de uitvoering. Ten slotte – en zeker niet in de laatste plaats – gaat het om de afstemming met zelfstandige bestuursorganen (zbo's) en agentschappen in de zorg.

De systeemverantwoordelijkheid die bij de minister ligt, is de afgelopen decennia te vaak gebruikt om verantwoordelijkheden op technocratisch-formele wijze af te schuiven naar andere geledingen – om vervolgens kritisch te constateren dat het daar niet goed gebeurt. Omgekeerd zijn systeempartijen geneigd hun eigen wettelijke taak die primair is gericht op een specifiek doel (uitgaven, marktmacht of kwaliteit) centraal te stellen; dat is vanuit de inrichting van het stelsel begrijpelijk, maar goed is het niet. De zorg kent nogal wat systeempartijen, ieder met een eigen bestaanslogica – de NZA, ZiNL, IGJ, ACM, Centraal Administratie Kantoor (CAK), Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) – waardoor het allerminst vanzelfsprekend is dat zij samen optrekken om richting te geven aan de uitvoering van publieke waarden. Er is inhoudelijke regie door de rijksoverheid nodig om te sturen op publieke waarden en de samenhang, en op lastige afwegingen tussen verschillende publieke waarden. Ook hier moet de rijksoverheid sturend en leidend in actie komen.

5.3 Legitimiteit en de rol van burgers

Het huidige stelsel voor zorg en ondersteuning kent een enorme complexiteit. Dat belemmert niet alleen de sturing, maar maakt de organisatie ook weinig transparant en onbegrijpelijk voor burgers en cliënten. En dat is in een tijd van grote transities en veranderingen die vaak ook tot schaarste en 'pijn' leiden juist cruciaal. Het is belangrijk dat burgers snappen wat er in *hun* zorgstelsel gebeurt, waarom het zo gaat en vooral, dat ze daar invloed op kunnen uitoefenen. Ze zijn niet alleen gebruiker, maar ook eigenaar van het zorgstelsel. Dat eigenaarschap is nu volledig verdwenen en het moet teruggebracht worden in het stelsel. Niet letterlijk, maar in ieder geval wel gevoelsmatig: in het vermogen van mensen om onderdeel te kunnen zijn van wat er in de zorg gebeurt en daar ook invloed op te kunnen hebben.

Daarom is (ervaren) legitimiteit van de organisatie van zorg en ondersteuning cruciaal. Legitimiteit kan worden gezien als het door de bevolking geaccepteerde recht om gezag uit te oefenen. We signaleren in dit rapport dat de stem van burgers in het huidige stelsel beperkt gestalte krijgt en dat zij onvoldoende betrokken zijn bij belangrijke besluiten (paragraaf 3.3). Om legitimiteit en draagvlak te vergroten voor transities in zorg en ondersteuning is het logisch en noodzakelijk om burgers meer te betrekken en hun stem ook serieus mee te wegen.

Dat begint met het versterken van de rol van burgers in de al bestaande gremia, zoals de ledenraad van zorgverzekeraars en cliëntenraden, of door en het vergroten van de

invloed van verzekerden in het bestuur van zorgverzekeraars. Dit kan bijvoorbeeld door hun stem meer gewicht te geven in besluitvorming. Ook is het wenselijk om te investeren in de *kwaliteit* van ledenbetrokkenheid. Vaak is de aandacht van cliëntenraden vooral gericht op adviseren en controleren. Dat is belangrijk, maar staat een echte dialoog soms in de weg. Terwijl zo'n dialoog – dat wil zeggen: een gesprek op basis van gelijkwaardigheid en kritische reflectie – cruciaal is voor vernieuwing. Voor gemeenteraden geldt dat zij, net als het college van B&W, meer betrokken moeten worden bij belangrijke besluiten die hen raken, ook als ze formeel geen verantwoordelijkheid hebben. Daarmee worden ze onderdeel van het proces en kunnen ze meedenken over alternatieven of alternatieven aandragen die beter passen bij de lokale context, in plaats van dat ze zich overvallen voelen door besluitvorming elders. Denk bijvoorbeeld aan de extramuralisering van de gehandicaptenzorg en de integratie van ggz-voorzieningen in de wijk.

Tot slot is het van belang om burgers nadrukkelijker te betrekken bij regionale verbanden, waarin verschillende inkopers (gemeenten, verzekeraars, zorgkantoren) en aanbieders van zorg en ondersteuning intensiever met elkaar gaan samenwerken (zie de uitwerking in hoofdstuk 6).

Naast het versterken van de rol van burgers in bestaande gremia vindt de Raad het noodzakelijk dat er ook werk wordt gemaakt van andere, innovatieve vormen van burgerparticipatie. De afgelopen jaren zien we bijvoorbeeld initiatieven voor burgerpanels of burgerraden. Met dergelijke maatregelen wordt een steviger tegenwicht gecreëerd ten opzichte van de partijen die momenteel een dominante stem hebben bij het opstellen van zorgbeleid (vertegenwoordigende organisaties van zorgaanbieders en financiers). Voorop gesteld dat zij nooit de formele verantwoordelijkheid van democratische organen kunnen vervangen, bieden deze raden en panels wel perspectief op meer betrokkenheid vanaf het allereerste begin en vaak over meerdere beleidsterreinen die burgers raken. Zo zijn goede ervaringen opgedaan met inwonersparticipatie in de Zeeuwse Zorg Coalitie. Daarin praten inwoners, bestuurders, professionals en politici gezamenlijk over de organisatie van de zorg in de toekomst en dragen zij via het Burgerberaad Zorg Zeeland voorstellen aan. Zo'n beraad kan, juist vanuit het perspectief van maatschappelijke waarden, een belangrijke aanvulling geven op financiële, juridische en technocratische argumenten.

Inwonersparticipatie in bij de Zeeuwse Zorg Coalitie
De Zeeuwse Zorg Coalitie (ZZC) is een samenwerkingsverband van zorgaanbieders, de grootste zorgverzekeraar in de regio (CZ), Zeeuwse gemeenten en de provincie. Het samenwerkingsverband is ontstaan met als doel om zorg en ondersteuning in de provincie Zeeland toegankelijk te houden door samenwerkingsafspraken en zorg en ondersteuning anders te organiseren. Met de vergrijzende bevolking en de tekorten aan personeel is dat een enorme opgave. Zeeuwse inwoners hebben een belangrijke rol bij de zorgcoalitie. Zij zijn namelijk betrokken via het Burgerberaad Zorg Zeeland. Het beraad bestaat uit verschillende bijeenkomsten waarbij (gelote) inwoners, professionals, politici en ambtenaren samenkomen om voorstellen te ontwikkelen voor het anders organiseren van zorg. Over deze voorstellen wordt vervolgens gestemd. De voorstellen met meer dan 50% van de stemmen belanden in het Inwonerakkoord dat wordt aangeboden aan de Zeeuwse Zorg Coalitie, met het verzoek dit uit te voeren of aan te geven waarom delen wel of niet uitgevoerd worden.

Randvoorwaardelijk voor welke verandering dan ook is dat besluitvormingsprocessen transparant zijn en dat er publieke verantwoording wordt afgelegd, bijvoorbeeld over afwegingen die inkopers en aanbieders maken over de toegankelijkheid van regionale zorgvoorzieningen; zie de discussies over acute zorgvoorzieningen. Hebben burgers de mogelijkheid gehad om invloed uit te oefenen op het besluit, en verloopt dit proces transparant en eerlijk? Wanneer we het publieke karakter van zorg meer leidend maken, volstaan besluitvormingsmodellen op basis van concurrerende aanbieders en inkopers niet meer. Ook het nemen van beslissingen in de ‘zorgpolder’ volstaat niet meer. De vertegenwoordigende organisaties (systeempartijen en brancheverenigingen) in deze polder kunnen niet direct, of zeker niet alleen, een bijdrage leveren aan de gewenste transformatie in de dagelijkse praktijk. Vaak houden de bestaande belangen de zorgpolder zelfs in de greep en houden ze verandering tegen. Denk bijvoorbeeld aan de totstandkoming en monitoring van zorgakkoorden.[74] In plaats daarvan is het noodzakelijk om veel vaker ook individuele zorgorganisaties of zorgverleners, voorlopers en achterblijvers, maar bijvoorbeeld ook het parlement, explicieter en actiever te betrekken.

5.4 Leren en innoveren voor transformatie

Het herzien van een stelsel is veel meer dan een technische exercitie: het gaat ons erom dat er in het dagelijks handelen in de praktijk een transformatie plaatsvindt. Niet alleen systemen zullen moeten veranderen, maar ook professionals zullen anders moeten gaan werken, en burgers zullen hun verwachtingen moeten bijstellen. Vooraf is niet goed uit te tekenen wat daarvoor de ideale vorm en werkwijze is. Het zorgstelsel zal zich in allerlei dagelijkse praktijken opnieuw moeten vormen, vernieuwen en soms zelfs opnieuw uitvinden. Dat vereist niet zozeer technische innovaties, maar vooral ook sociale innovaties. En die vereisen een zorgstelsel dat vernieuwing en innovatie mogelijk maakt en stimuleert: dat in de basis adaptief en lerend is, in plaats van statisch en gefixeerd.

Systeempartijen spelen een belangrijk rol bij het creëren van de voorwaarden voor een adaptief en lerend stelsel. In het huidige landelijke beleid wordt nog veel gewerkt met tijdelijke programma's, akkoorden, of subsidiegelden. In plaats daarvan zouden juist systeemaanpassingen meer ruimte kunnen creëren voor een innovatieve en 'ontkokerde' manier van werken, zowel bij systeempartijen en financiers als met zorgaanbieders. Hiervoor zijn systeemingrepen nodig, zoals een flexibilisering van wettelijke kaders (gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren krijgen meer investeringsmogelijkheden), of inzet op andere vormen van bekostiging en contractafspraken tussen zorgaanbieders en financiers. In hoofdstuk 6 gaan we in meer detail in op dergelijke veranderingen. Tot slot kunnen systeempartijen een belangrijke rol spelen om de kennisinfrastructuur te versterken en een systeem van lerend innoveren vorm te geven.[75]

Het goede nieuws is dat er aan initiatief en inzet voor innovatie en vernieuwing geen gebrek is in het huidige stelsel. Er wordt enorm geïnnoveerd en geëxperimenteerd in de zorg. Wil de transitie van zorg en ondersteuning kans van slagen hebben, dan is het cruciaal om innovaties te richten op het waarborgen van publieke belangen en om lerende systemen te ontwikkelen. Dat vraagt om verandering op veel niveaus: opleidingen, professionals en instellingen. Goede voorbeelden, zoals de Health Innovation School die gericht is op het bevorderen van samenwerking op het gebied van (systeem)innovatie in zorg en welzijn op regionaal en landelijk niveau, zijn daarbij cruciaal.

6 Met de stroom mee: op weg naar een duurzaam en adaptief zorgstelsel

In dit hoofdstuk presenteren we ons toekomstperspectief op het zorgstelsel met daarbij behorende adviezen voor verandering. Wat betekent het herwaarderen van het publieke karakter van zorg en ondersteuning – inclusief de publieke waarden van zorg – concreet voor het zorgstelsel? Volgens de RVS zijn er 3 transities nodig die verband houden met het veranderen van aannames en wetten. Die aanpassingen moeten vervolgens bijdragen aan de transformatie: het gedrag van institutionele partijen in de praktijk. Hierna beschrijven we elk van deze transities en laten we zien op welke manier iedere transitie een oplossing kan bieden voor de in hoofdstuk 3 en 4 beschreven stelselproblemen. Zoals omschreven in hoofdstuk 5 zal de rijksoverheid in brede zin (dus politiek en beleidsmakers) deze veranderingen als stelselvormer in gang moeten zetten, zodat veldpartijen de ruimte hebben om er in de praktijk verder invulling aan te geven.



Transitie 1:

Van concurrentie en fragmentatie naar samenwerking en vereenvoudiging

Kernaanbevelingen:
Beteugel de concurrentie in delen van de zorg ten behoeve van betere afstemming en samenwerking. De RVS denkt hierbij voor nu aan de eerstelijnszorg, waaronder de huisartsenzorg en de wijkverpleging, de acute zorg en de ggz. Dit betekent dat deze delen niet meer in concurrentie ingekocht en aangeboden worden.

Stel een wettelijk vastgelegde *gedeelde* zorgplicht in voor gemeenten en zorgverzekeraars. De inkoop wordt daarbij op regionaal niveau afgestemd, waarbij gemeentes en zorgverzekeraars zelf tot een passende regionale samenwerkingsstructuur komen.

Zorg voor een begrijpelijker en minder gefragmenteerd stelsel door het aantal wetten, financiers, uitvoeringinstanties en betrokken aanbieders waar nodig te reduceren. Zo stelt de Raad voor om de ouderenzorg in de toekomst vanuit 2 wetten te regelen.

In hoofdstuk 3 beschreven we dat zorg en ondersteuning voor veel mensen te ingewikkeld georganiseerd zijn, mede door concurrentie- en financieringsprikkels die de fragmentatie in het zorgaanbod versterken en samenwerking onvoldoende stimuleren. De sturing in de zorg moet daarom anders. Gereguleerde concurrentie heeft in specifieke delen van de zorg veel opgeleverd, daar waar er een helder en eenduidig identificeerbaar ‘product’ is met goede informatie over kosten en kwaliteit, zoals bij de electieve zorg (denk aan staaroperaties). Echter, zoals beschreven in paragraaf 3.1, bemoeilijkt concurrentie op andere terreinen de afstemming tussen verschillende inkopers en tussen zorgaanbieders op lokaal niveau (bijvoorbeeld afspraken tussen huisartsen in dezelfde wijk, gemeente of regio). Ook is soms sprake van onevenwichtige marktverhoudingen (bijvoorbeeld aanbieders die afspraken moeten maken met veel verschillende gemeenten, of andersom) wat het goed organiseren van de zorg belemmert of in ieder geval veel te hoge afstemmingskosten met zich meebrengt.

Volgens de RVS moeten stelselaanpassingen erop gericht zijn meer samenhang te creëren in het aanbod van zorg en ondersteuning dat bijdraagt aan de gezondheid van de samenleving in brede zin, en waarvan de toegankelijkheid onder grote druk staat. Extra aandacht dient daarbij uit te gaan naar de zorg voor mensen met complexe problematiek die vaak zorg uit meerdere wetten ontvangen (zoals thuiswonende ouderen, mensen met een EPA of jongeren met meervoudige problemen, zie hoofdstuk 3 en 4). Relevante sectoren zijn dan onder andere de acute zorg, de ggz en de eerstelijnszorg. Over de eerstelijnszorg heeft de Raad onlangs al beargumenteerd dat deze te gefragmenteerd is georganiseerd.[76] Deze fragmentatie is niet alleen schadelijk omdat die de toegankelijkheid van eerstelijnszorg onder druk zet, maar ook omdat er kansen worden gemist om de eerstelijnszorg doelmatiger en meer in verbinding met het sociaal domein, gericht op gezondheidsbevordering, in te richten. Ook de hervorming van de zorg voor thuiswonende ouderen verdient prioriteit: de zorgbehoefte neemt de komende decennia sterk toe, terwijl de zorg voor deze groep sterk gefragmenteerd, niet doelmatig en voor burgers te complex georganiseerd is.

Concurrentie beteugelen

De RVS adviseert concurrentie te beteugelen in bepaalde delen van de zorg, zodat een meer samenhangend en toegankelijker aanbod van zorg en ondersteuning kan worden gerealiseerd voor burgers.

De RVS acht het noodzakelijk dat delen van de zorg in de Zorgverzekeringswet, namelijk de eerstelijnszorg (waaronder de huisartsenzorg, de wijkverpleging), de ggz en de (medisch-specialistische) acute zorg, niet meer in concurrentie ingekocht en aangeboden worden.

Door de eerstelijnszorg, de ggz en de acute zorg in de Zvw niet meer in concurrentie in te kopen, wordt het voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders mogelijk om in gezamenlijkheid afspraken te maken over hoe zij deze zorg in de regio toegankelijk en samenhangend willen organiseren. Zo worden verzekeraars en zorgaanbieders in staat gesteld om meer vergaande afspraken te maken over het verdelen van de patiëntenpopulatie op wijk- en regioniveau. Dit beperkt de keuzevrijheid van patiënten mogelijk op dit specifieke gebied, maar bevordert de toegankelijkheid en de samenhang van de organisatie van het zorgaanbod tussen aanbieders in deze sectoren en bovendien tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein. Meer concreet betekent dit dat:

- Wettelijk wordt vastgelegd dat de preferente zorgverzekeraar verantwoordelijk wordt voor het maken van inkoopafspraken op regioniveau als het gaat over de hiervoor genoemde delen van de zorg.[s] In regio's waar 2 zorgverzekeraars leidend zijn, met een vergelijkbaar marktaandeel, kan deze taak door beide gezamenlijk worden uitgevoerd. Belangrijke voorwaarde is dat een passende regio-indeling wordt vastgesteld, die effectief en congruent is. Te denken valt aan de indelingen van de zorgkantoorregio, GGD-regio of ROAZ-regio. Hoewel via een Kamermotie in 2020 al is gepleit voor het doen van onderzoek naar een passende regio-indeling[t], heeft dit tot op heden nog geen helderheid opgeleverd. Vooralsnog lijkt het de Raad verstandig dat de regionale netwerken die voor het maken van regiobeelden en plannen zijn ontstaan worden aangehouden. Deze netwerken zijn gebaseerd op de zorgkantoorregio's waarbij er ruimte is om af te wijken op basis van de regionale context[u].
- Afspraken voor deze vormen van zorg niet meer vallen onder het toezicht van de ACM op het kartelverbod.[v] Daarom worden de genoemde delen van de

s Bijvoorbeeld: op een vergelijkbare manier zijn de verantwoordelijkheden van Regionale Overleggen Acute Zorg (ROAZ) vastgelegd per Algemene Maatregel van Bestuur (AmvB), gekoppeld aan de Wkkgz. Zie: https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2021-291.html

t Zie: Motie van het lid Bergkamp c.s. over onderzoek naar een meer effectieve en congruente bestuurlijke regioindeling, Kamerstukken II 35570 XI, nr. 138

u In het vervolg van het advies spreken we in algemene termen over 'de regio' of 'regionaal niveau'. Daarbij doelen we op de hier beschreven regionale indeling.

v Toezicht van de ACM op het gebied van marktmacht en fusietoetsing blijven ongewijzigd

eerste lijn, de ggz en de acute zorg opgenomen als uitzonderingsbepaling in de Mededingingswet.[w]

- De criteria voor toetreding tot de zorgmarkt voor aanbieders – vastgelegd in de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) – worden verhoogd. Daarmee kan de wildgroei aan (kleine) aanbieders in delen van de eerstelijnszorg, zoals de wijkverpleging, worden tegengegaan. In het gemeentelijk domein wordt hetzelfde doel nagestreefd via het versterken van de capaciteit van en de samenwerking tussen gemeenten (zie hieronder).

Fragmentatie tegengaan

Naast het beteugelen van concurrentie is het belangrijk dat vormen van fragmentatie, die maken dat burgers de weg kwijtraken in het zorgstelsel en geen goede zorg ontvangen, worden tegengegaan. Het beteugelen van concurrentie draagt hieraan bij, maar is op zichzelf niet voldoende.

> Stel een gedeelde zorgplicht in voor gemeenten en zorgverzekeraars. In de uitwerking van de gedeelde zorgplicht moeten onder andere de (verbinding tussen) eerstelijnszorg en het sociaal domein, de ggz en de (medisch-specialistische) acute zorg een centrale plek krijgen.

Gemeenten en zorgverzekeraars moeten intensiever samenwerken om goed toegankelijke eerstelijnszorg voor burgers te organiseren. Het medisch domein en het sociaal domein moeten sterker verbonden worden, zodat burgers eerder en beter geholpen worden. Het meer in samenhang organiseren van het geheel van deze zorgvoorzieningen, zeker ten tijde van schaarste, is belangrijker dan het kostenbewust inkopen van de afzonderlijke delen. In de praktijk betekent dit dat:

- per regio de inkoop van de hiervoor genoemde delen van de zorg wordt geïntegreerd: gemeenten en (de) preferente verzekeraar(s) stellen op basis van een wettelijk vastgelegde *gedeelde zorgplicht* - en aan de hand van regiobeelden - een *gedeeld inkoopkader* op. In dit inkoopkader staat beschreven hoe de zorg in samenhang ingekocht zal worden, met specifieke aandacht voor burgers met domeinoverstijgende gezondheidsproblemen.

Deze aanpassing van het stelsel moet ertoe leiden dat er op regionaal niveau inkoopafspraken worden gemaakt; samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten (onderling) is niet meer vrijblijvend, maar kent een verplichtend karakter. Voordat deze stelselaanpassing succesvol kan worden doorgevoerd, is het belangrijk dat aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan:

- In de eerste plaats een andere organisatie van de inkoop van delen van de Wmo en de jeugdhulp, waar nu individuele gemeenten voor verantwoordelijk zijn. Om de gewenste samenwerking tussen de zorgverzekeraar en de gemeenten te bereiken,

w Op een vergelijkbare wijze zijn andere delen van de publieke dienstverlening, zoals het onderwijs, ook benoemd als uitzondering op het toezicht van de ACM in artikel 25h van de Mededingingswet.

moeten gemeenten op regionaal niveau onderling afspraken maken over hoe zij afvaardiging, vertegenwoordiging en democratische controle willen borgen. Het is van belang dat gemeenten de ruimte krijgen om zelf een samenwerkingsvorm te vinden die bij hen past (met andere woorden, welke combinatie van gemeenten op regioniveau een samenwerkingsverband vormen) en dat dit niet voorgeschreven wordt. Tegelijkertijd zijn gemeenten wel verplicht om gezamenlijk op te trekken en met één mond te spreken in de samenwerking met de zorgverzekeraar.

- Een tweede randvoorwaarde is dat er sprake is van ‘macht en tegenmacht’ op regioniveau. Met andere woorden, een goede balans tussen de posities van financiers, aanbieders en burgers. Een aantal voorstellen uit dit advies draagt hier aan bij, zoals het verminderen van het aantal aanbieders in bepaalde deelmarkten. Ook bij het versterken van de stem van burgers in besluitvorming, waarvoor we in paragraaf 5.3 een aantal voorstellen hebben genoemd, is een belangrijke vorm van ‘tegenmacht’ op regionaal niveau. Tot slot vergt het actieve – en soms handhavende – inzet van de overheid, inclusief toezichthouders, in het toezien op het nakomen van de gedeelde zorgplicht en aanmerkelijke marktmacht. Verderop onder ‘Transformatie in de praktijk’ gaan we daar nog iets verder op in.
- Een derde randvoorwaarde betreft het verder verbeteren van de manier waarop verzekeraars gecompenseerd worden via de risicoverevening. Die manier van compenseren stimuleert op dit moment nog onvoldoende de inzet van preventieve interventies en investeringen in het verbeteren van zorg voor bepaalde kwetsbare groepen. Hier zijn al verschillende technische voorstellen voor gedaan.[77] Zo zouden diagnoses van mensen in de toekomst nog wel kunnen worden meegewogen in de risicoverevening, maar niet langer puur op basis van zorggebruik (specifieke declaraties) uit het verleden. Dit biedt ruimte om te investeren in het voorkomen van zorg.
- Ten vierde is het van belang dat de inzet van sectorale budgettaire kaders – en het daarbij behorende sectoraal macrobeheersinstrument – wordt aangepast in lijn met de nieuwe, meer regionaal georiënteerde inkoop van verschillende delen van de zorg. Sectorale landelijke macrobeheersing zal plaats moeten maken voor regionale financiële kaders over sectoren en domeinen heen. De betaalbaarheid van de zorg is immers nog altijd een relevant doel. Op deze manier komen zorgverzekeraars en gemeenten in de positie om daadkrachtig afspraken te maken over substitutie en verschuiving van zorg.

De waarde van een meer geïntegreerde inkoop van zorg
Er zijn verschillende nationale en internationale voorbeelden die laten zien dat het meer gezamenlijk en geïntegreerd inkopen van zorg en ondersteuning kan leiden tot betere en meer passende zorg tegen lagere kosten. Een interessant internationaal voorbeeld is Israël waar een grote mate van integratie heeft plaatsgevonden, zowel horizontaal (op het gebied van inkoop) als verticaal (tussen inkopers en aanbieders). In Israël wordt de zorg georganiseerd door 4 grote non-profitorganisaties (HMO’s) die zowel zorg verzekeren als zorg leveren aan verzekerden. Deze organisatievorm (verticale integratie) draagt eraan bij dat er samenhangende zorg

en ondersteuning geboden kan worden aan burgers, met goede uitkomsten tegen relatief lage kosten.[78]

Ook in Nederland lijkt de behoefte om zorg en ondersteuning meer geïntegreerd vorm te geven in de regio groeiend. In verschillende delen van Nederland is van onderop al een krachtige samenwerking binnen de regio aan het ontstaan. Eerder in dit advies noemden we het werk van de Zeeuwse Zorg Coalitie. Een ander voorbeeld is de Twentse Koers. Dit is een strategische domeinoverstijgende samenwerking tussen de 14 Twentse gemeenten, de GGD Twente, zorgverzekeraar en zorgkantoor Menzis en de provincie Overijssel. Samen met meer dan 300 partners (zoals zorgaanbieders, welzijnsstichtingen, huisartsen, inwonersinitiatieven en schuldhulpverleningsorganisaties) werken zij aan het verhogen van de kwaliteit van leven, zelfredzaamheid en welzijn voor hun inwoners. De focus ligt op (positieve) gezondheid en preventie en daarmee het voorkomen van ziekte en zorg. De partijen werken aan een meerjarig programma met verschillende themalijnen, waarbij elke themalijn verkiesbare bestuurlijke trekkers heeft en alle type partijen in de governance zijn vertegenwoordigd. Ondanks het succesvolle programma lopen ook samenwerkingen als de Twentse Koers tegen de grenzen van het huidige stelsel op: ze hebben de stroom geregeld tegen in plaats van mee.

Voor de zorg voor thuiswonende ouderen acht de Raad het wenselijk dat zorg en ondersteuning in de toekomst niet langer worden georganiseerd in 3 domeinen (Wlz, Wmo, Zvw). Vergelijkbaar met de aanpassingen in de organisatie van eerstelijnszorg moet de gedeelde zorgplicht voor gemeenten en verzekeraars de basis gaan vormen voor de inkoop van zorg en ondersteuning voor thuiswonende ouderen. Gemeenten en verzekeraars hebben er dan – meer dan nu het geval is – belang bij om zorg en ondersteuning voor ouderen samenhangend en laagdrempelig te organiseren en ze kunnen zorgkosten niet langer afwentelen op de Wlz. Bovendien bevordert dit de begrijpelijkheid van het stelsel voor burgers, en worden zij zo minder snel geconfronteerd met onverwachte veranderingen in eigen bijdragen of in de zorg en ondersteuning die ze ontvangen.

Stel een gedeelde zorgplicht voor gemeenten en zorgverzekeraars in voor de zorg en ondersteuning voor ouderen. Dit betekent dat de delen van de Wlz in de toekomst verdeeld moeten worden onder de Wmo en de Zvw. De Wlz blijft behouden voor zorg die levenslang en levensbreed is (gehandicaptenzorg).

- Randvoorwaardelijk voor deze aanpassing is, zoals eerder benoemd, een andere manier van het organiseren van de inkoop van (delen van de) Wmo. Gemeenten moeten binnen hun regio een passende vorm vinden om onderling op regioniveau samen te werken met de grootste (2) zorgverzekeraar(s).
- Volgens de Raad is het wenselijk om zorg en ondersteuning voor *thuiswonende* ouderen vanuit twee (Zwv, Wmo) in plaats van drie (Wlz, Zvw, Wmo) wetten te gaan organiseren. Op termijn kan een overheveling van de Wlz naar de Wmo/Zvw

ook van waarde zijn voor de *intramurale* ouderenzorg, maar dan alleen als aan een aantal cruciale voorwaarden wordt voldaan die eerst nader onderzocht worden. Zo zullen de bekostiging en indicatiestelling op een andere manier moeten worden ingevuld, minder gebaseerd op betaling per uur. Bovendien zal de capaciteit bij gemeenten moeten worden versterkt via onderlinge samenwerkingsvormen, voor goede inkoop op regionaal niveau. Bovendien zullen voldoende geschikte woonvormen voor ouderen gerealiseerd moeten zijn, zodat benodigde vormen van hulp en ondersteuning ook buiten het verpleeghuis beschikbaar zijn. Dit vraagt een Rijksbrede aanpak vanuit meerdere ministeries, waaronder de ministeries van VWS en van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK).[x] Ook het aanpassen van de risicoverevening – passend bij de nieuwe taken en verantwoordelijkheden voor verzekeraars – is nodig om deze transitie in de organisatie van ouderenzorg te bewerkstelligen.

De WijkKliniek
Wanneer de zorg en ondersteuning voor ouderen meer geïntegreerd worden ingekocht, biedt dit de mogelijkheid om andersoortige zorgconcepten te realiseren die bijdragen aan de gezondheid van burgers. Een voorbeeld daarvan is het project De WijkKliniek, dat nu nog bekostigd wordt vanuit tijdelijke gelden. Waar kwetsbare ouderen bij acute medische problemen normaal gesproken vaak worden opgenomen in het ziekenhuis, biedt De WijkKliniek een alternatief dat beter past bij de doelgroep van kwetsbare ouderen. In de WijkKliniek krijgen mensen niet alleen goede (acute) zorg, maar ook de juiste ondersteuning om op een goede manier naar huis te kunnen en daar hun leven weer op te pakken. De nadruk ligt dus vooral op revalidatie. Daardoor krijgen ouderen betere zorg en worden onnodige (dure) heropnames voorkomen. De WijkKliniek wordt op dit moment gefinancierd via de (experimentele) beleidsregel 'innovatie voor kleinschalige experimenten, van de Nederlandse Zorgautoriteit'. Het is nog onduidelijk hoe meer structurele financiering voor de WijkKliniek eruit moet gaan zien. Op dit moment is het structureel bekostigen van deze zorg lastig vanwege de sectorale wijze van kostenbeheersing in de zorg. De WijkKliniek wordt namelijk aangemerkt als medisch-specialistische zorg en komt als zodanig voor rekening van het ziekenhuis. Dit leidt tot een patstelling, aangezien het bekostigen van de WijkKliniek niet altijd in het belang van ziekenhuizen is.

Transformatie in de praktijk

Het meer verplicht maken van samenwerking tussen verzekeraars en gemeenten is een majeure transitie. Er ligt een duidelijke opdracht bij zorgaanbieders om over de muren van de eigen organisatie te kijken en de samenwerking te zoeken met zorgverleners uit andere domeinen. Gemeenten en verzekeraars worden gezamenlijk verantwoordelijk voor de inkoop en zullen rekenschap moeten afleggen over hoe zij

x Aanvullende voorwaarden voor een overheveling van de intramurale zorg uit de Wlz: er komt een transitieperiode aangezien zorgaanbieders te maken hebben langlopende verplichtingen en contracten; en er wordt een oplossing gevonden voor ouderen die in groepen wonen en nu geen eigen huisadres hebben (zodat het concept 'scheiden wonen en zorg' kan worden doorgevoerd).

die inkoop vormgeven. Het in de praktijk vormgeven aan deze complexe transitie zal – naast het aanpassen van formele taken, verantwoordelijkheden en financieringsstromen – ook het nodige vragen van de veranderkracht van beide partijen. Dit heeft onder andere te maken met verschillen tussen zorgverzekeraars en gemeenten als het gaat om besluitvormingsprocessen en politieke invloed. Tegelijkertijd spelen deze verschillen nu ook al een rol als het gaat om meer 'vrijblijvende' samenwerkingen die bijvoorbeeld in het IZA zijn afgesproken.

De transitie van concurrentie en fragmentatie naar samenwerking en vereenvoudiging moet ertoe leiden dat in de praktijk andere organisatieverbanden ontstaan, waarbij de inkoop van zorg en ondersteuning uit verschillende wettelijke domeinen wordt geïntegreerd. Financieringsarrangementen kunnen vervolgens mogelijk maken dat inkopers aan deze wettelijke verplichting kunnen voldoen. Het voorkomen van zwaardere zorg (preventie) en het bijdragen aan gezondheid moet lonen. Inkopers en aanbieders dienen daarvoor alternatieve inkoopvormen, bekostigings- en contractvormen als instrument in te zetten om ook aanbieders te stimuleren tot een meer samenhangend zorgaanbod. Binnen de Zvw valt te denken aan het maken van meerjarige en minder 'productiegedreven' afspraken. Daarmee bedoelen we financiële afspraken die niet alleen gericht zijn op hoeveel behandelingen en consulten iedere aanbieder afzonderlijk uitvoert. In de Wmo zou een manier van inkopen moeten worden nagestreefd, waarbij administratieve lasten zo veel mogelijk worden geminimaliseerd en er meer gestuurd kan worden op de kwaliteit en samenhang van het aanbod. De inkoopvorm van een subsidietender[y] kan hiervoor een passend model zijn[79].

De stelselaanpassingen die wij voorstellen, moeten dus leiden tot minder administratieve lasten in de praktijk. Aanbieders dienen minder tijd kwijt te zijn met het jaarlijks maken van contractafspraken, het doorlopen van aanbestedingsprocedures, of het verantwoorden van zorg aan gemeenten en zorgverzekeraars. Ook aan de inkoopkant van de zorg ontstaat minder administratieve last. Binnen de Zvw volgen andere zorgverzekeraars de afspraken die gemaakt zijn door de marktleiders. Het meer verplichtend samenwerken van gemeenten op het gebied van de inkoop van Wmo en jeugdhulp maakt dat gemeenten (gezamenlijk) meer expertise, kennis en capaciteit hebben om het inkoopproces goed vorm te geven.

Het kiezen voor een meer verplichtende vorm van samenwerking en regionale integratie vergt tot slot een krachtige rol van publieke toezichthouders in het toezicht op de gedeelde zorgplicht en de toegankelijkheid van zorg. De NZa zou niet terughoudend moeten zijn met het inzetten van haar bevoegdheden voor toezien op de naleving van de (gedeelde) zorgplicht. De taakomschrijving van de NZa zal hiertoe moeten worden aangepast, zonder dat zij de rol van gemeenteraden in het sociaal domein 'overneemt'.

y Meer uitgaan van subsidies als alternatief voor aanbestedingsprocedures sluit aan bij de richting die Jos van der Lans (2023) bepleit in zijn essay '*Ontsnappen aan aanbesteden*' Zie: https://www.movisie.nl/publicatie/ontsnappen-aan-aanbesteden



Transitie 2:

Van individuele verantwoordelijkheid naar gedeelde verantwoordelijkheid

Kernaanbevelingen
Heb meer aandacht voor de stapeling van eigen betalingen voor chronisch zieke burgers, onder andere via een maximum aan eigen betalingen.

Verlaag de nominale premie sterk en zorg voor een navenante verhoging van de inkomensafhankelijke bijdrage. Daardoor kan de zorgtoeslag (grotendeels) worden afgeschaft.

Vervang het abonnementstarief in de Wmo door een eigen bijdrage van burgers op basis van inkomen en vermogen.

Stimuleer de inzet van informele zorgverleners, onder andere via een financiële vergoeding.

In de afgelopen decennia is er in de zorg een steeds groter beroep gedaan op de individuele verantwoordelijkheid van burgers. Het beroep op de eigen verantwoordelijkheid is een breed thema dat raakt aan verschillende aspecten van dit rapport. Zo beschrijven we in dit rapport dat het organiseren van een passend aanbod van zorg en ondersteuning vanuit de verschillende zorgwetten een grotendeels individuele verantwoordelijkheid is. Bovendien benoemen we dat bij het maken van keuzes in de zorg – bijvoorbeeld bij pakketbeslissingen – vooral aandacht is voor individuele gezondheidswinst en blijven bredere gevolgen voor de volksgezondheid achterwege. Naast de hoge mate van eigen verantwoordelijkheid die wordt verondersteld in het zorgstelsel en de manier waarop individuele gezondheidseffecten centraal staan bij keuzes in het stelsels, zijn individuele bijdragen en betalingen in de zorg een uiting van het steeds grotere beroep op individuele verantwoordelijkheid. Deze moesten ertoe leiden dat de burger kostenbewust zou worden en daarmee zou bijdragen aan de solidariteit van het stelsel als geheel. Echter, we hebben in de afgelopen jaren gezien dat het beroep op individuele verantwoordelijkheid leidt tot te veel ongewenste effecten: van zorgmijding in de Zvw en zorgtoeslagen die niet of verkeerd gebruikt worden tot overmatig gebruik van de huishoudelijke hulp in de Wmo.
Het eigen risico, eigen betalingen en zorgpremies tellen bij mensen met meerdere chronische aandoeningen op tot hoge kosten. Als we de publieke waarde van zorg en ondersteuning meer centraal willen stellen – in het bijzonder solidariteit -, betekent dit dat we de draagkracht van burgers nog sterker zouden moeten meewegen. We doen dan ook verschillende voorstellen om eigen bijdragen en betalingen meer afhankelijk te maken van het inkomen en vermogen van burgers (inkomenssolidariteit) en daarnaast voor meer solidariteit tussen burgers die wel en niet chronisch ziek zijn. De precieze invulling daarvan vereist een politiek debat, aangezien dit politiek gevoelige kwesties zijn waarbij goed gekeken moet worden naar de optelsom van verschillende maatregelen.

Beter benutten van draagkracht van burgers voor het bijdragen aan zorg en ondersteuning

Op dit moment dragen mensen met een kwetsbare gezondheid in financiële zin relatief veel bij aan het stelsel, terwijl zij een groter risico lopen op gezondheidsproblemen. De draagkracht van burgers kan beter benut worden om de solidariteit van het stelsel te behouden. Daarvoor zien we de volgende stelselaanpassingen voor ons.

Stel een maximum voor eigen betalingen voor chronisch zieken in.

Premies, eigen betalingen en toeslagen zouden niet meer per sector moeten worden bekeken en vastgesteld, maar veel meer vanuit het perspectief van burgers die zorg gebruiken uit meerdere sectoren en wetten. Met andere woorden, het aanpassen van eigen betalingen voor een specifieke sector moet altijd gepaard gaan met een analyse van de mogelijke effecten voor burgers. In het bijzonder is aandacht nodig voor de stapeling van zorgkosten, onder andere voor chronisch zieken. De onwenselijke stapeling van kosten kan tegengegaan worden door een wettelijk maximum aan eigen betalingen. De minister van VWS heeft overigens recent aangegeven de stapeling van eigen betalingen te gaan monitoren.[z] Het voorstel van de RVS sluit hierop aan en gaat een stap verder: het biedt handvaten om de onrechtvaardige stapeling van eigen betalingen voor deze groepen ook daadwerkelijk tegen te gaan.

Zorg voor een sterke verlaging van de nominale premie[aa] en verhoog tegelijkertijd de inkomensafhankelijke bijdrage voor de Zorgverzekeringswet. Daardoor kan de zorgtoeslag (grotendeels) worden afgeschaft. Maak daarnaast het eigen risico inkomensafhankelijk en beperk het eigen risico daarbij voor chronisch zieken.

Eigen bijdragen in de Zvw – in de vorm van de zorgpremie en het eigen risico – dragen niet meer bij aan het oorspronkelijke doel: het stimuleren van een gezonde afweging van burgers of de zorg die zij willen gebruiken ook echt noodzakelijk is. Voor mensen met een lager inkomen zijn eigen betalingen een drempel om (noodzakelijke) zorg te gebruiken (zorgmijding), terwijl mensen met een hoger inkomen veel minder geprikkeld worden om hun zorggebruik te ‘remmen’ aan de hand van eigen betalingen. Bovendien functioneert het instrument van de zorgtoeslag niet goed: deze regeling is te complex voor burgers, die daardoor regelmatig geen beroep doen op de toeslag. Het verlagen van de nominale premie in combinatie met het verhogen van de inkomensafhankelijke bijdrage maakt deze zorgtoeslag (grotendeels) overbodig. Daarnaast leidt het inkomensafhankelijk maken van het eigen risico ertoe dat

z Zie: VWS (2022), *Aankondiging monitor stapeling eigen betalingen*. Daarin is ook beschreven dat de hoogte van het eigen risico in de Zvw is bevroren t/m 2025 en de eigen bijdragen voor geneesmiddelen is gemaximeerd op € 250 per jaar. Eigen bijdragen in de Wlz en Wmo zijn verlaagd.

aa Het verlagen van de nominale premie vereist wellicht een gesprek met de Europese Commissie omtrent de Europese staatssteunregels en de Solvency II-richtlijn. Overigens onderzoekt de Europese Commissie op dit moment in hoeverre het huidige staatssteunkader modernisering behoeft.

burgers op een meer gelijke wijze 'kostenbewust' worden gemaakt. Dit voorkomt dat burgers zorg mijden, waardoor er gezondheidsschade optreedt en burgers op termijn alleen maar hogere zorgkosten maken, en stimuleert doelmatig zorggebruik. Door deze aanpassingen vervalt de huidige mogelijkheid van het vrijwillig verhogen van het eigen risico in ruil voor een lagere zorgpremie. Het wegvallen van deze mogelijkheid komt ten goede aan de solidariteit tussen burgers die geen zorg nodig hebben enerzijds en chronisch zieken anderzijds. Ten slotte zou voor chronisch zieken het eigen risico gemaximeerd moeten worden, omdat het eigen risico in het geval van chronisch zieken niet bijdraagt aan het oorspronkelijke doel, namelijk het stimuleren van kostenbewustzijn.

Schaf het abonnementstarief in de Wmo af en vervang deze door een eigen bijdrage van burgers op basis van inkomen en vermogen.

Draagkracht van burgers en hun netwerk is een belangrijk aspect van de beleidsfilosofie van de Wmo. De systematiek van eigen betalingen sluit niet aan bij deze gedachte, onder andere door het abonnementstarief in de Wmo. Daardoor maken burgers veel gebruik van de Wmo die dit, gelet op hun draagkracht, helemaal niet nodig zouden moeten hebben. Het gevolg van de voorstellen van de RVS is dat draagkracht van burgers sterker meegewogen wordt in de financiering van de Wmo. Dat is extra van belang indien delen van de ouderenzorg ook vanuit de Wmo bekostigd zullen worden in de toekomst, zoals betoogd in dit rapport. We juichen dan ook toe dat het afschaffen van het abonnementstarief onderdeel is van de recent gepubliceerde voorjaarsnota.[80]

Stimuleer de inzet van informele zorgverleners, onder andere via een financiële vergoeding.

Het solidariteitsvraagstuk dat in het hele zorgstelsel speelt, komt wellicht het sterkst naar voren in de ouderenzorg. De groeiende zorgvraag in de komende jaren moet, bij ongewijzigde omstandigheden, bekostigd en geleverd worden door een (relatief) steeds kleiner wordende beroepsbevolking. Het is dus nagenoeg onmogelijk om de ouderenzorg op de bestaande wijze te blijven organiseren. Daarvoor is er simpelweg te weinig personeel. Het is dan ook cruciaal dat er veranderingen plaatsvinden in de organisatie en financiering van de ouderenzorg.

In de eerste plaats is het noodzakelijk dat informele zorgverleners een meer gelijkwaardig onderdeel worden van het zorgproces, en dat zij hierin worden gefaciliteerd (denk bijvoorbeeld aan mantelzorgondersteuning en respijtzorg). Ook zou er een basisvergoeding moeten komen voor burgers (informele zorgverleners) die professionele zorg vervangen. Er is een enorm potentieel aan informele zorgverleners (zeker in de leeftijd tussen de 65 en 75) die een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan de zorg en ondersteuning voor ouderen, mits er een meer gelijkwaardige samenwerking tussen naasten, vrijwilligers en beroepskrachten in de praktijk ontstaat.[81]

Transformatie in de praktijk

De door de RVS voorgestelde wijzigingen leiden er in de praktijk toe dat de solidariteit tussen zieken en gezonden en tussen inkomensgroepen toeneemt. Eigen betalingen van burgers prikkelen burgers niet langer om noodzakelijke zorg te mijden, maar dragen juist bij aan de solidariteit van het stelsel. Bovendien wordt de toegang tot zorg en ondersteuning beter en eenvoudiger, juist voor de groep burgers met een hoger risico op gezondheidsproblemen. Met andere woorden, onze voorstellen bevatten andere prikkels en kaders, voortkomend uit een mensbeeld waarbij mensen zorg gebruiken omdat ze dat nodig hebben in plaats van dat er sprake is van rationeel, calculerend gedrag.



Transitie 3:

Van gefixeerd en gesloten naar open en lerend

Kernaanbevelingen
Het Zorginstituut zou bij de toetsing van kwaliteitsstandaarden ook expliciet moeten kijken naar de gevolgen voor andere publieke waarden, zoals de toegankelijkheid van zorg op de middellange termijn.

Richt het pakketbeheer van het Zorginstituut adaptiever in: dat betekent 1) verbreden: meer ruimte om zorg toe te laten tot het pakket die op lange termijn bijdraagt aan de gezondheid van de populatie en de houdbaarheid van zorg, en 2) verbeteren: meer mogelijkheden om zorg te toetsen waarvan onduidelijk is of deze effectief is.

Moderniseer de Wet BIG. Zet hierbij bekwaamheden centraal in de beroepenregulering, en reguleer alleen nog basisberoepen in de wet. Vul de regulering van basisberoepen aan met een persoonlijk portfolio van vastgestelde bekwaamheden per zorgverlener.

Formaliseer vrije regelruimte voor zorginkopers (verzekeraars en zorgkantoren). Zij krijgen de ruimte om 2% van hun premiegelden vrij te besteden aan zelf in te vullen prestaties. Op deze manier wordt structurele bekostiging van domeinoverstijgende samenwerking beter mogelijk.

Het is belangrijk dat het zorgstelsel de afweging tussen botsende publieke waarden beter mogelijk maakt. Dit vraagt enerzijds om meer regie en een sterkere rol van de overheid (zie daarvoor ook hoofdstuk 5), daar waar botsingen tussen publieke waarden raken aan landelijke wet- en regelgeving. Tegelijkertijd is er meer ruimte nodig in de praktijk, daar waar aanbieders en inkopers geconfronteerd worden met botsende publieke waarden.

Sterkere overheidsregie op botsende publieke waarden
De rijksoverheid en betrokken systeempartijen moeten meer regie kunnen voeren op het moment dat publieke waarden botsen. Met name de botsing tussen kwaliteit van zorg en toegankelijkheid van zorg verdient daarbij de aandacht. Deze botsing verdient een legitieme en normatieve afweging en kan niet in de praktijk neergelegd worden bij het zorgveld zelf.

Het Zorginstituut zou bij de toetsing van kwaliteitsstandaarden naast gezondheidswinst ook moeten kijken naar bredere gevolgen, waaronder toegankelijkheid van zorg en ondersteuning op de middellange termijn.

In hoofdstuk 3 van dit advies hebben we beschreven dat de manier waarop kwaliteitsnormen op dit moment gedefinieerd worden, niet toekomstbestendig zijn. Er wordt te veel geredeneerd vanuit de gevestigde belangen in de zorg, waardoor de toegankelijkheid van zorg ondergesneeuwd raakt. Bovendien is bij de toelating van nieuwe zorg – zoals dure geneesmiddelen - tot het pakket geen oog voor verdringingseffecten elders in de zorg. Daarom moet het Zorginstituut bij de toelating van

kwaliteitsstandaarden tot het register breder kijken, door onder andere meer expliciet te toetsen op de *toegankelijkheid* van zorg en ondersteuning op de middellange termijn. Daarnaast moet meer waarde gehecht worden aan uitkomsten van zorg voor patiënten (in plaats van in detail uit te werken welke beroepsgroep of organisatie welke activiteit op welk moment moet uitvoeren). Hoewel het Zorginstituut bij de toetsing van kwaliteitsstandaarden wel kijkt naar de financiële gevolgen van de specifieke zorgvorm, wordt de impact op de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning nog niet getoetst, evenals mogelijke verdringingseffecten.

Richt het pakketbeheer van het Zorginstituut adaptiever in. Dat betekent: 1) meer ruimte om zorg toe te laten tot het pakket die op lange termijn bijdraagt aan de gezondheid van de populatie en aan de houdbaarheid van zorg, en 2) meer mogelijkheden om zorg te toetsen waarvan onduidelijk is of deze effectief is.

Stringenter pakketbeheer wordt vaak gezien als een middel om de zorg op termijn (financieel) houdbaar te maken. In de praktijk zien we echter dat hoge verwachtingen niet worden waargemaakt. Pakketbeheer is dan ook geen *silver bullet,* maar wel een belangrijk onderdeel van een adaptief en duurzaam zorgstelsel. De inhoud en de omvang van het verzekerde pakket moeten aansluiten bij het streven naar gezondheid en het tegengaan van medicalisering.

Het onderzoeken van zorg uit het basispakket die mogelijk niet effectief is, is op dit moment erg lastig. Het Zorginstituut – maar ook zorgorganisaties in de praktijk - zouden meer mogelijkheden moeten hebben om deze vormen van zorg te testen op effectiviteit, bijvoorbeeld door een wettelijke koppeling te maken tussen de aanspraak op deze zorg in het basispakket en een plicht tot onderzoek naar de effectiviteit van deze zorg.

Daarnaast zijn er vormen van zorg en ondersteuning die mogelijk bijdragen aan de gezondheid en houdbaarheid van zorg, maar die vanuit de gedachte van sectorale kostenbeheersing te duur zijn voor het verzekerd pakket. Een interessant voorbeeld – gezien de maatschappelijke waarde ervan – is de tandheelkundige zorg (zie tekstkader hieronder).

Tandheelkundige zorg valt nu buiten het basispakket. Toelating zou leiden tot een extra zorguitgave van € 1,5 miljard in de Zvw, met een sterke verhoging van de zorgpremie als gevolg.[82] Tegelijkertijd weten we dat het beter toegankelijk maken van tandheelkundige zorg leidt tot minder gezondheidsproblemen op latere leeftijd en daarmee tot een besparing van zorgkosten. Het niet vergoeden van tandheelkundige zorg in het basispakket leidt op dit moment ook buiten de zorg tot maatschappelijke schade: onderzoek van het Radboudumc stelt dat er een geschat bedrag van € 3 miljard per jaar verloren gaat door productiviteitsverlies als gevolg van tandziekten.[83] Met name lagere inkomens en gemarginaliseerde groepen in de samenleving worden hierdoor geraakt. Als we dus breder kijken naar de gevolgen van het wel of niet vergoeden van zorg en ondersteuning in het basispakket, kan dit leiden tot andere afwegingen.

Tegelijkertijd blijft het belangrijk om kritisch te zijn over de voorwaarden waaronder zorg vergoed wordt vanuit het basispakket. Anders gezegd, op het moment dat een behandeling uit het pakket wordt gehaald of aan het pakket wordt toegevoegd, leidt dit niet zomaar tot lagere of hogere totale zorguitgaven. Zo is vaak sprake van zogenaamde ‘waterbedeffecten’ of ‘opvuleffecten’: als specifieke activiteiten of behandelingen niet meer worden uitgevoerd (doordat ze niet meer vergoed worden), komen daar andere activiteiten voor in de plaats of verplaatst de zorg zich naar een andere plek (dit is overigens niet per se bewust beleid).[84] Ook het type financiële afspraken speelt een rol. Onder de eerste transitie beschreven we al de noodzaak van minder productiegedreven afspraken en meer financiële afspraken gericht op samenwerking met andere beroepsgroepen en het voorkomen van zorg.

Moderniseer de Wet BIG. Zet voortaan bekwaamheden centraal in de beroepenregulering, en reguleer alleen basisberoepen nog in de wet. Vul de regulering van basisberoepen aan met een persoonlijk portfolio van vastgestelde bekwaamheden per zorgverlener.

De bestaande vorm van beroepenregulering in de Wet BIG draagt bij aan onproductieve discussies over de totstandkoming van kwaliteitskaders en over welke groepen bevoegd zijn tot het doen van voorbehouden handelingen. Daardoor zijn de belangen van specifieke beroepsgroepen soms belangrijker dan de bredere afweging tussen kwaliteit en toegankelijkheid. Het denken over kwaliteit van zorg wordt nog altijd gedomineerd door de aanname dat goede zorg grotendeels vanuit het perspectief van beroepsgroepen en specialismen bepaald kan worden. In de praktijk kan kwaliteit van zorg echter niet losgezien worden van de context van de patiënt. De normering en de regulering van kwaliteit zouden minder gebaseerd moeten zijn op afzonderlijke protocollen en standaarden, maar meer moeten uitgaan van de behoeften van burgers en hun (sociale) netwerk: wat vinden ze belangrijk in het leven en welke gevolgen heeft dat voor medische ingrepen? Dat heeft ook gevolgen voor de bestaande Wet BIG. Deze wet zou moeten worden gemoderniseerd en uit moeten gaan van bekwaamheden. Dit adviseerde de RVS al in 2019[85] en dit advies is onverminderd relevant. Door meer uit te gaan van bekwaamheden wordt een meer flexibele inzet van zorgverleners mogelijk en wordt het gemakkelijker om informele zorgverleners te betrekken in het zorgproces.

Meer ruimte voor de praktijk

Partijen in de zorg – zoals aanbieders en inkopers – zouden meer ruimte moeten krijgen om met elkaar te bepalen wat goede kwaliteit is en hoe zorggeld besteed zou moeten worden. Rechtmatigheid mag daarbij niet langer het enige criterium zijn; ook rechtvaardigheid zou meegewogen moeten worden. Daarnaast zouden inkopers en systeempartijen meer vertrouwen moeten hebben in zorgprofessionals in de praktijk die het goede willen doen. Zij moeten de ruimte krijgen om verantwoording af te leggen over hun werk op een manier die recht doet aan de praktijk.[86]

Formaliseer vrije regelruimte voor zorginkopers (verzekeraars en zorgkantoren). Zorg dat zij de ruimte krijgen om 2% van hun budgetten vrij te besteden aan zelf in te vullen prestaties. Op deze manier wordt het structureel bekostigen van domein-overstijgende samenwerking vergemakkelijkt.

Door inkopers meer ruimte te geven om budgetten vrij te besteden aan zelf in te vullen prestaties, wordt het eenvoudiger om succesvolle vormen van domeinoverstijgende samenwerking in de praktijk structureel te bekostigen. Waar het structureel bekostigen van deze vormen van samenwerking nu vanuit het rechtmatigheidsbeginsel niet mogelijk is, kan dit wel als vrije regelruimte wordt geformaliseerd. Er ontstaat hiermee dus wettelijke afwegingsruimte voor zorginkopers om zorg en ondersteuning te financieren waarvan zij weten dat die bijdragen aan de kwaliteit van leven en de houdbaarheid van het zorgstelsel op lange termijn.

Tot slot – en zeker niet in de laatste plaats - is een belangrijke randvoorwaarde voor 'meer ruimte voor de praktijk' dat er vooruitgang wordt geboekt op het gebied van databeschikbaarheid. Waar de focus lang heeft gelegen op het beter mogelijk maken van gegevensuitwisseling in de zorg, zou databeschikbaarheid de norm moeten zijn. Fragmentatie die voortkomt uit de veelheid aan afspraken over gegevensuitwisseling over specifieke data moet dus worden tegengegaan. De (universele) beschikbaarheid van data is een zeer belangrijk middel om betere samenwerking of afstemming mogelijk te maken, de kwaliteit van zorg voor burgers te verhogen of bijvoorbeeld oplossingen te vinden voor toegankelijkheidsproblemen (wachtlijsten). De overheid werkt al geruime tijd aan voorwaarden voor betere databeschikbaarheid, via onder andere landelijke programma's als *Registratie aan de bron,* en recent via wetgeving op het gebied van elektronische gegevensuitwisseling (het Wetsvoorstel gegevensuitwisseling in de zorg). Deze ontwikkelingen zijn nuttig, maar niet genoeg. Tot slot mag beschikbaarheid van data niet leiden tot een ongecontroleerd gebruik ervan en dient het te allen tijde te voldoen aan wettelijk vastgelegde principes van onder andere integriteit en vertrouwelijkheid, doelbinding en noodzakelijkheid (beperkt tot wat noodzakelijk is).[87]

Transformatie in de praktijk

De door ons voorgestelde transities leiden ertoe dat er meer bewuste keuzes en prioriteringen zullen worden gemaakt in de zorg. Het belang van gezondheid van burgers en toegankelijkheid van zorg wordt sterker geborgd door de overheid. Dit zorgt ook voor meer ruimte voor adaptiviteit in de praktijk: informele zorgverleners kunnen makkelijker betrokken worden in het zorgproces, en goede voorbeelden van samenwerking worden structureel bekostigd en krijgen dus de stroom mee.

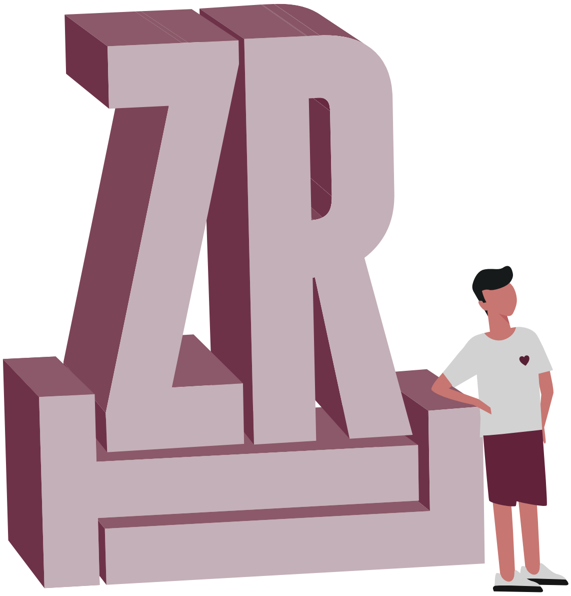
7 Epiloog: Transitie is mensenwerk

De RVS pleit er in dit advies voor om de publieke waarde van zorg en ondersteuning weer in het hart van het beleid te plaatsen. De aanpassingen in het stelsel die we in dat kader voorstellen, hebben te maken met de grote uitdagingen waar de zorg en ondersteuning zich voor gesteld ziet.

Het is tijd voor groot onderhoud. Het huidige stelsel kent belangrijke positieve elementen – zoals de collectieve basisverzekering voor iedereen – maar belemmert samenhang en samenwerking, bedreigt de solidariteit, en is niet geschikt voor het maken van afwegingen tussen publieke waarden. Toch is een aanpassing van stelselwetten alleen niet genoeg om zorg meer duurzaam en adaptief te organiseren.

Het ideale stelsel bestaat namelijk niet. Spanningen en dilemma's doen zich altijd voor. Een stelsel maakt binnen die spanningen en dilemma's bepaald gedrag van mensen makkelijker en ander gedrag moeilijker of zelfs onmogelijk. Wij constateren dat het huidige stelsel, in het huidige tijdsgewricht, veel ongewenst gedrag aanjaagt en veel bestaande en gewenste initiatieven juist tegenhoudt of afremt. De stelselaanpassingen die wij voorstellen geven die initiatieven en bewegingen juist ruimte. Zo zien wij in het hier geformuleerde groot onderhoud aan het stelsel de mogelijkheid om het stelsel weer te laten doen waar het voor is: het meegeven van de stroom aan het gedrag en het omgaan met zorg en gezondheid dat gegeven de huidige tijd wenselijk en nodig is. We stellen daarmee dus aanpassing van delen van het stelsel voor, maar altijd om daarmee ander gedrag van mensen mogelijk te maken. Uiteindelijk is dat wat een stelsel moet doen: ruimte bieden aan mensen om te doen wat nodig is, om daarmee het recht op goede zorg en gezondheid waarmee we dit advies begonnen in onze tijd weer waar te kunnen maken. Dat begint ermee dat keuzes die gemaakt worden in het zorgstelsel in de kern gaan over afwegingen tussen publieke waarden: het balanceren tussen toegankelijkheid en keuzevrijheid, eigen verantwoordelijkheid en collectieve verantwoordelijkheid, en maatschappelijke wensen en maatschappelijke houdbaarheid. Daarnaast is het zorgstelsel nooit 'ideaal' of 'perfect', omdat wat een stelsel 'is' mede wordt bepaald door hoe institutionele partijen invullingen geven aan hun rollen en verantwoordelijkheden. Ten slotte zijn er altijd nieuwe maatschappelijke uitdagingen die we nu nog niet kennen, maar die vast en zeker op ons af zullen komen.

De transitie naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning vraagt leiderschap. Het stelsel mag dan nu tegenwerken, het wordt ook wel eens misbruikt om niet zelf te hoeven veranderen. We waarschuwen ervoor ons advies vooral niet zo te gebruiken, daarvoor is de urgentie te groot. Het debat over het zorgstelsel - en over stelselaanpassingen - mag niet verhullen dat rijk en gemeenten en veldpartijen zoals zorginkopers, beroepsgroepen, opleidingen, branches en patiëntenverenigingen een eigen verantwoordelijkheid hebben in het herwaarderen van de publieke waarde van zorg en ondersteuning. Stelselwijzigingen moeten niet alleen het resultaat zijn

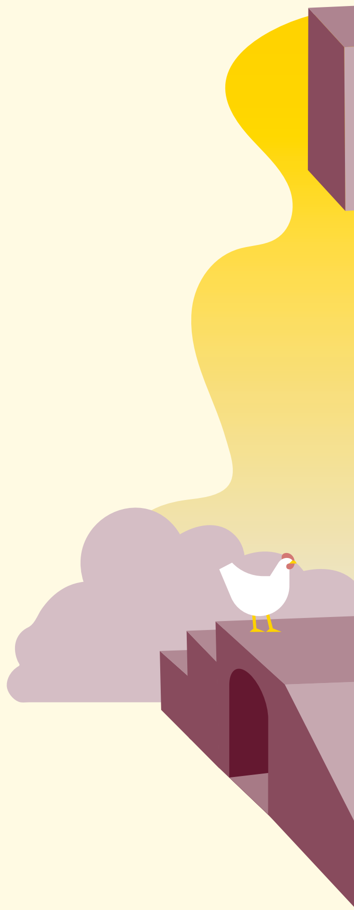


van nieuwe wetten en regelingen, maar ook van initiatieven die door betrokkenen samen van onderop worden geïnitieerd en van de lessen die we daaruit trekken. Voorbij is de tijd dat we naar anderen konden wijzen en top-down konden sturen of besturen enkel vanuit de eigen systeemlogica of instellingsbelang. Deze tijd vraagt om verbindend leiderschap, moed en de bereidheid tot verandering. De Raad roept alle betrokken partijen op om de dialoog aan te gaan over de gezamenlijke bijdrage aan een duurzaam en adaptief zorgstelsel: binnen en tussen instellingen, professies, burgerberaden en systeempartijen, en zonder dogma's en taboes, met de wil om anders te denken en daarnaar te handelen, inclusief een kritisch zelfbewustzijn over de eigen rol in het stelsel.

De hier bepleite transitie kan dus alleen slagen als alle partijen zich committeren. Maar er is één partij die in het proces van verandering een bijzondere verantwoordelijkheid draagt: de rijksoverheid. In een tijd waarin de overheid zich geconfronteerd ziet met een veelheid aan grote en complexe transities en met afkalvend vertrouwen onder de burgers, is het cruciaal dat juist zij niet aan de kant blijft staan, maar regie pakt in het proces van verandering. Niet door in detail voor te schrijven wat iedereen moet doen. Maar wel door een langetermijnvisie te ontwerpen die gaat over de toekomst van zorg en ondersteuning in Nederland, gericht op publieke waarden en missies, en door alle veldpartijen daarin mee te nemen en ruimte te laten voor eigen invullingen. Een overheid die stuurt op het 'wat' van waarden, maar ruimte laat voor het 'hoe' van handelen.

Voorbereiding

De commissie die dit advies heeft voorbereid bestond uit raadsleden Jet Bussemaker, Bas Leerink en Martijn van der Steen en adviseurs Jan-Luuk Hoff, Richard Heijink, Karlijn Nijmeijer, Catrien Schimmelpenninck, Olivia Butterman en Marina de Lint.





Lijst met geraadpleegde personen

Dit advies bouwt voort op diverse eerdere RVS-adviezen die zijn geschreven binnen de thema's 'schurende stelsels' en 'zorgen in een krappe arbeidsmarkt' van de RVS werkagenda 2020-2024. Het advies is verder mede tot stand gekomen door inzichten die zijn opgedaan tijdens een bijeenkomst met de RVS-netwerken KennisRing en VeRS op 10 oktober 2022, tijdens een kennisdelingsbijeenkomst tussen de NZa en de RVS op 27 januari 2023, tijdens diverse congresbezoeken en door raadpleging van onderstaande personen.

De RVS adviseert onafhankelijk. De gesprekken die we tijdens de voorbereiding van dit advies hebben gevoerd hebben dan ook niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan de inhoud van dit advies gecommitteerd. We danken alle gesprekspartners voor de waardevolle inbreng.

Caroline Baan	Tilburg University
Remco Bakker	Lid KennisRing RVS; CIZ
Roland Bal	Lid KennisRing RVS; Erasmus Universiteit Rotterdam
Klaas Beniers	Ministerie van VWS
Iris van Bennekom	Lid KennisRing RVS; Agora
Dirk Jan van den Berg	ZN
Heleen van den Berg	Ministerie van VWS
Karin Bleeker	Ministerie van VWS
Wouter Bos	Menzis
Gertrude van den Brink	Amsta
Bart Broers	ACM
Adriaan Brouwer	Ministerie van VWS
Wieteke van Dijk	VGZ
Cathalijne Dortmans	Gemeente Helmond
Georgette Fijneman	Zilveren Kruis
Leonard Geluk	VNG
Tom van der Grinten	Erasmus Universiteit Rotterdam (emeritaat)
Joep de Groot	CZ
Luc Hagenaars	Amsterdam UMC
Pieter Hasekamp	CPB
René Héman	Artsenfederatie KNMG
Fenna Heyning	Lid KennisRing RVS; NLC
Carina Hilders	Reinier de Graaf

Jasper Hoekstra	ACM
Elise Hol	Twentse Koers
Martin Holling	Ministerie van VWS
Tasmin van den Hoogen	Ministerie van VWS
Jurriaan Jansen	Ministerie van VWS
Arne Jeninga	Ministerie van VWS
Patrick Jeurissen	Radboudumc
Judith de Jong	Nivel
Marieke Kleiboer	Ministerie van VWS
Marieke Koppenaal	Ministerie van VWS
Frido Kraanen	Lid Kennisring RVS; Omring
Mariska Kromhout	SCP
Bram van der Kroon	Ministerie van VWS
Bertine Lahuis	NFU; Radboudumc
Marcel Levi	NWO
Korrie Louwes	Gemeente Den Haag
Hans Maarse	Universiteit Maastricht (emeritaat)
Wim van der Meeren	Radboudumc
Jochen Mierau	Rijksuniversiteit Groningen
Mirella Minkman	Vilans
Henk Nies	VU Amsterdam
Irene Niessen	AEF
Gerber van Nijendaal	Raad voor het Openbaar Bestuur
Jeroen van den Oever	Lid KennisRing RVS; Fundis
Marjolein Olde Munnikhof	SCP
Anno Pomp	Ministerie van VWS
Angela van der Putten	IGJ
Karina Raaijmakers	NZa
Gaston Remmers	Mijn Data Onze Gezondheid
Sjoerd Repping	Zorginstituut Nederland
Joris Rijken	AKD N.V.
Joline van de Rijt	Ministerie van VWS
Liliane Ruiter-Naninga	Ministerie van VWS
Hans van Santen	Huisartsenpraktijk van Santen
Maarten Schallenberg	Ministerie van VWS
Guus Schrijvers	Universiteit Utrecht (emeritaat)
Jaap Sijmons	Nysing Advocaten-Notarissen
Illya Soffer	Ieder(in)
Lex Staal	Sociaal Werk Nederland

Marit Tanke	VGZ
Brigit Toebes	Rijksuniversiteit Groningen
Marco Varkevisser	Erasmus Universiteit Rotterdam
Romke van der Veen	SER
Suzanne Verbree	Ministerie van VWS
Aard Verdaasdonk	LHV
Bastiaan Wallage	Van Benthem & Keulen
Ruben Wenselaar	InEen
Anneke Westerlaken	Actiz
John Zeegers	Ministerie van VWS

Literatuurlijst

1 Wester, J. (2023). 'Hoe redacteur Jeroen Wester verdwaalde in het zorgstelsel, toen hij zijn oude, alleenstaande oom hielp bij een zorgaanvraag.' In: *NRC*, 24 maart 2023. ↳ https://www.nrc.nl/nieuws/2023/03/24/zorgredacteur-jeroen-wester-hielp-zijn-oom-in-zijn-zoektocht-naar-passende-zorg-en-verdwaalde-a4160382

2 Bax, K. (2022). 'Zorgverzekeraar CZ: Kunnen niet meer garanderen dat zorg altijd voor iedereen toegankelijk is.' In: *De Telegraaf*, 11 november 2022.

3 Geest, M. van der (2023). Interview Wouter Bos: 'Bij zorgverzekeringen geldt steeds meer: wie biedt de laagste premie? Dat is nooit de bedoeling geweest.' In: de Volkskrant, 25 april 2023.

4 VWS (2001). V*raag aan bod: Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*. Kamerstuk 27855, nr. 2. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

5 WRR (2021). K*iezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid; ZiNL/NZa (2020). Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Diemen/Utrecht: Zorginstituut Nederland/Nederlandse Zorgautoriteit.

6 RVS (2021). *Opnieuw akkoord? Adviezen voor een passende inzet van bestuurlijke akkoorden in de zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving; RVS (2022). *Grenzeloos samenwerken? Adviezen voor het beter mogelijk maken van domeinoverstijgende samenwerking*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving; RVS (2023). De *basis op orde. Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

7 Taakopdracht technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven 2022/2023. ↳ https://open.overheid.nl/documenten/ronl-77604c27cca1d226d99f91edb5dedbcfed843766/pdf

8 RVS (2023). *Op onze gezondheid – de noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

9 Zoals onder andere beschreven in: SER (2008). *Langdurige zorg verzekerd: advies over de toekomst van de AWBZ*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad; RVZ (2008). Beter zonder AWBZ? Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

10 Horsselenberg M., A. Brabers en J. de Jong (2022). *Infographic. De afname van het percentage mensen dat aangeeft af te zien van zorg vanwege kosten stagneert: cijfers 2016-2021*. Utrecht: Nivel. ↳ https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004180_0.pdf

11 Zie bijvoorbeeld: ABN AMRO (2022). *Brancheinformatie huisartsen. De huisartsenmarkt in beeld*.

12 WRR (2021). *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

13 NZa (2023). *Monitor Toegankelijkheid van zorg* – 30 maart 2023. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

14 RVS (2022). *Hoor mij nou!* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

15 Feltz, C.M. van der (2019). *Complexe mensen, hoe behandel je die?* (afscheidsrede). Tilburg University; RVS (2020). *Hoor mij nou! Samen Begrijpen, Proberen, Reflecteren, en Leren bij complexe zorgvragen*.

16 Wammes J. (2018). *High-cost patients and opportunities to reduce unnecessary spending*. Proefschrift. Nijmegen: Radboud University.

17 RVS. Gezichten van een onzeker bestaan. Cijfers achter de gezichten. ↳ https://www.raadrvs.nl/gezichten-van-een-onzeker-bestaan
18 RIVM (2018). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Themaverkenningen. Kwetsbare ouderen hebben een complexe zorgvraag. Zie: ↳ https://www.vtv2018.nl/kwetsbare-ouderen.
19 Vektis (2020). *Factsheet Kwetsbare Ouderen*. Feiten en cijfers over kwetsbare ouderen | Vektis.nl
20 Zie bijvoorbeeld: Wester, J. (2023). 'Hoe redacteur Jeroen Wester verdwaalde in het zorgstelsel, toen hij zijn oude, alleenstaande oom hielp bij een zorgaanvraag.' In: *NRC,* 24 maart 2023. ↳ https://www.nrc.nl/nieuws/2023/03/24/zorgredacteur-jeroen-wester-hielp-zijn-oom-in-zijn-zoektocht-naar-passende-zorg-en-verdwaalde-a4160382
21 Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen (2020). *Oud en zelfstandig in 2030. Aangepast REISadvies. Den Haag: Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen.*
22 Commissie toekomst zorg thuiswonende ouderen (2020). *Oud en zelfstandig in 2030. Aangepast REISadvies*
23 CBS (2023). Wachtenden in de langdurige zorg; sector, kwartaal. Geraadpleegd van: ↳ https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40084NED/table?dl=8F687; Klundert, M. van de, en M. Schrader (Z.J.). 'Duizenden ouderen hebben acuut verpleeghuisbed nodig, tekort groeit snel.' NOS. ↳ https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2456521-duizenden-ouderen-hebben-acuut-verpleeghuisbed-nodig-tekort-groeit-snel; Wier, M. van de (2022). 'Duizenden ouderen wachten op plek in verpleeghuis. 'Zorgelijke stijging'.' In: *Trouw, 15 december 2022.*
24 ↳ https://www.trimbos.nl/kennis/ambulantisering/feiten-en-cijfers/
25 ↳ https://kenniscentrumphrenos.nl/thema/goede-zorg/wat-verstaan-we-onder-ernstige-psychische-aandoeningen/
26 Vektis (2022). *Factsheet ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA).* Feiten en cijfers over mensen met een ernstige psychiatrische aandoening | Vektis.nl
27 Trimbos instituut (2016). *'Verwarde personen' of 'mensen met een acute zorgnood'?* AF1491 Factsheet verwarde personen.pdf (trimbos.nl)
28 NZa (2022) *Rode draden analyse. Bevindingen controlebezoeken zorgverzekeraars. Casuïstiek afbouw klinische ggz.* Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit
29 RVS (2018). *Leeftijdsgrenzen - Betere kansen voor kwetsbare jongeren.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
30 Zie: RIVM (2015). *Preventie in het zorgstelsel. Wat kunnen we leren van het buitenland? Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.*
31 NZa (2022). *De zorg heeft een kritisch punt bereikt. De stand van de zorg 2022. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.* ↳ https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2022/04/1-de-zorg-heeft-een-kritisch-punt-bereikt
32 Zie onder andere: Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen (2020). *Oud en zelfstandig in 2030. Aangepast REISadvies. Den Haag: Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen.*
33 Zie ook: RVS (2022). *Grenzeloos samenwerken? Adviezen voor het beter mogelijk maken van domeinoverstijgende samenwerking. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.*
34 Zie: Alders, P. en E. Schut (2021). 'Gemeenten verschuiven zorgkosten naar de Wet

langdurige zorg.' In: *ESB*, 106(4803), 3 oktober 2021, p. 524-527. ↳ https://esb.nu/gemeenten-verschuiven-zorgkosten-naar-de-wet-langdurige-zorg/
35 Zie bijvoorbeeld: ZiNL/NZa (2020). Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu. Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke zorg. Diemen/Utrecht: Zorginstituut Nederland/Nederlandse Zorgautoriteit.
36 RVS (2022). *Grenzeloos samenwerken? Adviezen voor het beter mogelijk maken van domeinoverstijgende samenwerking. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.*
37 Zie bijvoorbeeld: Kruse F.M. (2021). Healthcare provision: *Open for business? Market dynamics, performance and ethics of commercially-oriented healthcare providers, using the Netherlands as case study.* Nijmegen: Radboud University.
38 Koster, J. (2021). 'Afrekenen op resultaat op zijn retour.' In: *Binnenlands Bestuur, 17 mei 2021.* ↳ https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/afrekenen-op-resultaat-verliest-aan-populariteit
39 Zie bijvoorbeeld: Schut, F.T., S.A. van der Geest en M. Varkevisser (2005). *Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve ggz? Een economische analyse. GGZ Nederland/iBMG Amersfoort.*
40 Zie bijvoorbeeld: WRR (2021). *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid; Jeurissen, P. en H. Maarse (2021). The market reform in Dutch health care. Results, lessons and prospects.* Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
41 Zie bijvoorbeeld: Ven, W.P.M.M. van de, F.T. Schut, H.E.G.M. Hermans, M. van der Maat, R. Coppen, P.P. Groenewegen en R.D. Friele (2009). *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag.* Den Haag: ZonMw. ↳ https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/2023-03/28_evaluatie_zorgverz_wet_en_wet_zorgtoeslag.pdf
42 Vektis (2022). Factsheet wijkverpleging. Het aantal mensen met wijkverpleging stijgt niet verder.
43 Megens, N. (2021). 'Aantal aanbieders jeugdzorg rijst de pan uit: 'Markt is geëxplodeerd'.' In: *De Stentor,* 27 maart 2021. Zie: ↳ https://www.destentor.nl/home/aantal-aanbieders-jeugdzorg-rijst-de-pan-uit-markt-is-geexplodeerd~a4805fd8/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F
44 Koster, J. (2021). 'Afrekenen op resultaat op zijn retour.' In: *Binnenlands Bestuur,* 17 mei 2021. ↳ https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/afrekenen-op-resultaat-verliest-aan-populariteit
45 RVS (2020). *Gezondheidsverschillen voorbij. Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
46 Wammes J. (2018). *High-cost patients and opportunities to reduce unnecessary spending. Proefschrift.* Nijmegen: Radboud University.
47 Horsselenberg M., A. Brabers en J. de Jong (2022). *Infographic. De afname van het percentage mensen dat aangeeft af te zien van zorg vanwege kosten stagneert: cijfers 2016-2021.* Utrecht: Nivel. ↳ https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004180_0.pdf
48 Hermens, N., M. Kwakernaak, M. Badou en O. de Zwart (2020). *Ongewenste zorgmijding vanwege financiële redenen. Maatregelen van gemeenten en zorgverzekeraars.* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

49 VWS 2023, Kamerbrief, Hoofdlijnen slimmere toepassing eigen risico in de medisch-specialistische zorg; en VWS 2022, Aankondiging monitoring stapeling eigen betalingen.
50 www.overtoeslagen.nl
51 Ministerie van Financiën (2019). *Eenvoud of maatwerk: Uitruilen binnen het bestaande toeslagenstelsel.* IBO Toeslagen Deelonderzoek 1. ↳ https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9vvij5epmj1ey0/vl3tiqdcj1wq; Dijk, J.J. van, en V. Ziesemer (2023). 'Noodzakelijke versimpeling van de toeslagen komt in gevaar.' In: *Me Judice*, 27 februari 2023. ↳ https://www.mejudice.nl/artikelen/detail/noodzakelijke-versimpeling-van-de-toeslagen-komt-in-gevaar
52 Vos, B. (2022). 'Laten we de pretbox uitkleden en de zorg beter aankleden.' In: *FD,* 30 augustus 2022.
↳ https://fd.nl/-/1450005/laten-we-de-pretbox-uitkleden-en-de-zorg-beter-aankleden-i3h2cajcHVKE; Canoy, M., Y. Krabbe en X. Koolman (2022). 'Laat ouderen zelf ouderenzorg houdbaar maken.' In: *Sociale Vraagstukken*, 27 mei 2022.
53 CBS (2022). *Hoe betalen wij voor de zorg? Vergelijking met andere landen.* Den Haag/Heerlen: CBS. ↳ https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/hoe-betalen-wij-voor-de-zorg-/6-vergelijking-met-andere-landen
54 ↳ https://iederin.nl/mensen-met-een-beperking-financieel-in-de-knel-door-zorgkosten/
55 Extra maatregelen nodig tegen zware zorgkosten - Iederin; Brief aan Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019). *AO eigen betalingen in de zorg. 2 september 2019; Patiëntenfederatie (2019*). Rapport. *Betalen voor zorg*. Utrecht: Patiëntenfederatie, augustus 2019.
56 Boer, A. de, M. de Klerk, D. Verbeek-Oudijk en I. Plaisier (2020). *Blijvende bron van zorg. Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2019*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
57 RVS (2022). *Anders leven en zorgen. Naar een gelijkwaardiger samenspel tussen naasten, vrijwilligers en beroepskrachten.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving; Canoy, M., Y. Krabbe en X. Koolman (2022). 'Laat ouderen zelf ouderenzorg houdbaar maken.' In: *Sociale Vraagstukken, 27 mei 2022*.
58 RVS (2021). *Opnieuw akkoord? Adviezen voor een passende inzet van bestuurlijke akkoorden in de zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
59 WRR (2021). *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid; ZiNL/NZa (2020). *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú*. Diemen/Utrecht: Zorginstituut Nederland/Nederlandse Zorgautoriteit.
60 RVS (2020). *Applaus is niet genoeg.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
61 RVS (2019). *Blijk van vertrouwen. Anders verantwoorden voor goede zorg.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
62 RVS (2020. *Van deelbelangen naar gedeeld belang. Een handreiking voor regie op toegankelijke zorg.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
63 Maarse, H. en P. Jeurissen (2019). 'Low institutional trust in health insurers in Dutch health care.' In: *Health Policy*, 123(3), p. 288-292. ↳ https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.12.008
64 WRR (2021). *Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief, 1941-2017.* Den

Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
65 Zie onder andere: RVS (2021). *Opnieuw akkoord? Adviezen voor een passende inzet van bestuurlijke akkoorden in de zorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.*
66 Zie onder andere: RVS (2022). *Grenzeloos samenwerken? Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving; Alders, P. en E. Schut (2021). 'Gemeenten verschuiven zorgkosten naar de Wet langdurige zorg.' In: ESB,* 106(4803), 3 oktober 2021, p. 524-527.
67 Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, Memorie van Toelichting.
68 CBS (2022) *Hoe betalen wij voor de zorg? Vergelijking met andere landen.*
69 WRR (2021). *Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief, 1941-2017.* Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
70 OECD (2019). *Health at a glance 2019. OECD Indicators.* Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development; RIVM (2020). *Gezondheidseffecten en maatschappelijke baten van de gezondheidszorg. Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Deel 2: maatschappelijke baten.* Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
71 RVS (2016). *Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
72 NSOB (2021). *Omgaan met verlies in transities; voorbij een focus op koplopers.* Den Haag: Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.
73 RVS (2023). *Op onze gezondheid. – de noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
74 RVS (2021). *Opnieuw akkoord? Adviezen voor een passende inzet van bestuurlijke akkoorden in de zorg.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
75 RVS (2022). *De kunst van het innoveren. Tijd voor een maatschappelijk perspectief op zorginnovatie.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
76 RVS (2023). *De basis op orde. Uitgangspunten voor een toekomstgerichte eerstelijnszorg.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
77 Zie bijvoorbeeld: Ven, W. van de (2021). 'Compenseer zorgverzekeraars volledig voor voorspelbare verliezen.' In: *ESB*, 106(4794), p. 79-81.
78 Rotenberg, D.K., B. Stewart-Freedman, J. Søgaard, S. Vinker, A. Lahad en J. Søndergaard (2022). 'Similarities and differences between two well-performing healthcare systems: a comparison between the Israeli and the Danish healthcare systems.' In: *Israel Journal of Health Policy Research*, 11, 14 (2022).
79 BDO (2022). *Subsidietenders als alternatief? Inkoop in het sociaal domein.* ↳ https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/bdo-accountants-adviseurs/subsidietenders-als-alternatief
80 ↳ https://nos.nl/artikel/2473146-voorjaarsnota-verkeersboetes-om-hoog-en-steun-voor-zorgpersoneel-met-long-covid
81 RVS (2022). *Anders leven en zorgen.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
82 CPB/VWS/Financiën (2020). Zorgkeuzes in Kaart. Analyses van beleidsopties van politieke partijen voor de zorg. Den Haag: Centraal Planbureau / Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Ministerie van Financiën.
83 ↳ https://www.radboudumc.nl/nieuws/2019/tandzorg-in-nederland-kan-beter
84 WRR (2021). *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak.* Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid; ZiNL/

NZa (2020). *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú.* Diemen/Utrecht: Zorginstituut Nederland/Nederlandse Zorgautoriteit.

85 RVS (2019). *De B van Bekwaam. Naar een toekomstbestendige Wet BIG.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

86 RVS (2019). *Blijk van vertrouwen. Anders verantwoorden voor goede zorg.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

87 Zie bijvoorbeeld: JenV (2018). *Handleiding Algemene verordening gegevensbescherming en Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming.* Den Haag: Ministerie van Justitie en Veiligheid.

Bezuidenhoutseweg 30
Postbus 19404
2594 AV Den Haag
T +31 (0)70 340 5060

mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl

Raad
Volksgezondheid
& Samenleving

@raadRVS